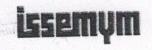


## Gobierno del Estado de México Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Coordinación de Finanzas



| Nombre del solicitante  | then the votation and the ca<br>structure desired and the | POR FONDO REVOLVENTE  Nivel  | Fecha 17/FZB/17  |
|---|---|------------------------------|------------------|
| Jelanno (Eo U ARAS  Unidad Médico - Administrativa de Adscripción  (COA DINO CLON O SALUD |   |                              | Importe:         |
| al Hospital REQ   | sliab same  | oscopo o leosos<br>ourans ed | ADO              |
| Modalidad de transporte:  Transporte Público  | Vehículo oficial  | Vehículo propio              | olina<br>Con Sin |
|   | moleado que recibe  | Firma de a                   | utorización      |
| Nombre y firma del e  | inpicado que resize                                       | pusa just garantegraf isa    |                  |