



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>		FECHA: <i>03 Feb 17</i>
UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO		IMPORTE: \$100.00
JUSTIFICACION (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): <i>Acudir al Departamento de Contabilidad para entregar documentación Oficial</i>		NIVEL Y RANGO: <i>3-2</i>
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO(S) DE LA(S) UNIDAD(ES) MEDICO-ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.		MODALIDAD DEL TRANSPORTE: <i>Particular</i> PLACAS: <i>MSW 305</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i> COACALCO	FIRMA DE AUTORIZACION: <i>HECTOR ARTURO RODRIGUEZ GALVAN</i> ADMINISTRADOR DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO	

PAGADO
 ISSEMYYM
 03 FEB 2017

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO

RECIBI BIEN Y/O SERVICIO APROBADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION

NOMBRE: *Maria de Lourdes Sanchez Sanchez*
 CARGO: *Desp. de Farmacia*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE PERCEPCION: *03 Feb 17*

43301

[Handwritten signature]