



Gobierno del Estado de México
 Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
 Dirección de Finanzas y Planeación



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Manuel Alejandro Gomez Romero</i>		FECHA: <i>27 enero 17</i>
UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO		IMPORTE: \$100.00 NIVEL Y RANGO: <i>17-2</i>
JUSTIFICACION (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): <i>Tramite de acreditacion Oficial</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>MTN3045</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Manuel A Gomez Romero</i>	FIRMA DE AUTORIZACION: HECTOR ARTURO RODRIGUEZ GALVAN ADMINISTRADOR DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO	

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO
 RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPLIANDO POR ESTE DOCUMENTO A LA(S) UNIDAD(ES) MEDICO-ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITE
 NOMBRE: *Manuel A Gomez Romero*
 CARGO: *Medico*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE PERCEPCION: *27/ene/17*
 43301

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO
 ISSEMIYM
 27 ENE 2017
PAGADO
[Signature]