



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 Garcia Romero</i>		FECHA: <i>13/ene/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>Trámite de documentación Ofc 4</i>		NIVEL Y RANGO: <i>A-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>MSN 3015</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Manuel Alejandro Romero</i>	FIRMA DE AUTORIZACION: <i>[Signature]</i> 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 AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN
 NOMBRE: *Manuel Alejandro Romero*
 CARGO: *[Signature]*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE PERCEPCIÓN: *13 ene 17*
 43301

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO
 ISSEMYM
 13 ENE 2017
PAGADO

[Signature]