



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>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</i>		FECHA: <i>05 Enero 17</i>
UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO		IMPORTE: \$100.00
JUSTIFICACION (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): <i>Asistir a la Coordinación de Salud 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>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Maria de Lourdes Sanchez Sanchez</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
 FORMULARIO DE SERVICIO AMPLIADO
 PRESENTAR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN
 NOMBRE: *Maria de Lourdes Sanchez Sanchez*
 CARGO: *Doc. de Farmacia*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE PERCEPCIÓN: *05 Enero 17*
 43301

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
 COACALCO
 ISSEM Y M
 05 ENE 2017
PAGADO

[Signature]