



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Manuel Alejandro Garcia Romero</i>		FECHA: <i>10 Feb/17</i>
UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <b>CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO</b>		IMPORTE: <b>\$100.00</b>
JUSTIFICACION (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S): <i>Tramitar documentacion Ofiada</i>		NIVEL Y RANGO: <i>17-2</i>
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA CORTAR 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>NAG 9264</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Manuel Alejandro Garcia Romero</i>	FIRMA DE AUTORIZACION: <i>[Signature]</i> <b>HECTOR ARTURO RODRIGUEZ GALVAN</b> ADMINISTRADOR DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO	

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO  
 ISSEMYM  
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO  
 PRECISE BIEN VO SERVICIO ADMINISTRATIVO  
 POR ESTE DOCUMENTO ASISTENTE  
 NOMBRE: *Manuel Alejandro Garcia Romero*  
 CARGO: *[Signature]*  
 FIRMA: *[Signature]*  
 FECHA DE PERCEPCION: *10 Feb/17*  
 203F 43301

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA COACALCO  
 ISSEMYM  
 10 FEB 2017  
**PAGADO**  
*[Signature]*