



**Pago de Viáticos por Fondo Revolvente**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Cruz Mendez</i>	FECHA: <i>23-09-15</i>
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>C.O.E. Ecatepec Centro</i>	IMPORTE \$ <i>7100.00</i>
	NIVEL SALARIAL: <i>#110</i>

JUSTIFICACIÓN ( MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*recojer personal de los reyes la paz que dara curso en la clinica de consulta externa ecatepec centro de estimulación temprana*

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERA OBTENER SELLO(S) DE LA(S) UNIDAD(ES) MÉDICO - ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.	MODALIDAD DEL TRANSPORTE <i>V.P. FICROE</i>
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>Jorge Cruz Mendez</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>LIC. RAFAEL RAMIREZ DANIELS</i>
---	--

DFP 1 003 001 / 00 3

**RECIBO**  
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
 RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARO  
 POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCIÓN  
 NOMBRE: *Jorge Cruz Mendez*  
 CARGO: *de guardia*  
 FIRMA: *[Signature]*  
 FECHA DE RECEPCIÓN: *23-09-15*

ISSSEM  
 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
 23 SEP 2015  
**PAGADO**