



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



Pago de Viáticos por Fondo Revolvente

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>MARINO GONZALEZ RAMIREZ</i>	FECHA: <i>23-11-15</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>CLINICA CONSULTA EXTERNA ECATEPEC</i>	IMPORTE \$ <i>100 00</i>
	NIVEL SALARIAL: <i>14</i>

JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S))

ENTREGA DE DOCUMENTOS AL DEPARTAMENTO DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER SELLO(S) DE LA(S) UNIDAD(ES) MÉDICO - ADMINISTRATIVA(S) QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.	MODALIDAD DEL TRANSPORTE <i>OFICIAL</i>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: <i>MARINO GONZALEZ RAMIREZ</i>	FIRMA DE AUTORIZACIÓN: <i>[Signature]</i> LIC. LEONEL RAMIREZ DANIELS

DFP 1 003 001 / 00 3

PAGADO
 25 NOV 2015

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
 RECIBI EN MI SERVICIO AMPARADO POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION
 NOMBRE: *MARINO GONZALEZ RAMIREZ*
 CARGO: *DE M. N. C. E. P.*
 FIRMA: *[Signature]*
 FECHA DE RECEPCION: *25 NOV 15*

[Signature]