



Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Dirección de Finanzas y Planeación  
Subdirección de Finanzas  
Departamento de Control del Egreso

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE	
NOMBRE DEL SOLICITANTE SANCHEZ PEÑA MARTIN (N-23)	FECHA 02/SEP/2015
	IMPORTE \$ 80.00
UNIDAD MÉDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE SISTEMAS	
JUSTIFICACION (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO (S)) COMISIÓN OFICIAL A LA CLINICA REGIONAL IXTAPAN DE LA SAL A REVISIÓN DE SERVIDOR DEL EXPEDIENTE CLINICO ELECTRONICO MEDTZIN EL DÍA 02 DE SEPTIEMBRE 2015.	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.	MODALIDAD OFICIAL
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE SANCHEZ PEÑA MARTIN JEFE DE AREA	FIRMA DE AUTORIZACIÓN ERNESTO BUENO GARCIA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE SISTEMAS