



**Pago de Viáticos por Fondo Revolvente**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: <b>MICHEL DURAN COURRECH</b>	FECHA: 13 DE FEBRERO DEL 2017.  IMPORTE \$ <b>100.00</b>
UNIDAD MEDICO – ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC</b>	NIVEL SALARIAL: <b>11</b>

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

ENTREGA RECEPCION DE DOCUMENTOS EN LA SUBDIRECCION DE GESTION Y LOGISTICA DE INSUMOS Y SERVICIOS INTEGRALES.

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

VEHICULO OFICIAL AA-085

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:

FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

*MICHEL*  
**MICHEL DURAN COURRECH**

*[Signature]*  
**LIC. GREGORIO SÁNCHEZ PEREZ**

**CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC**  
**RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO**  
**POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION**  
 NOMBRE. *MICHEL DURAN COURRECH*  
 CARGO. *CHOFER.*  
 FIRMA. *[Signature]*  
 FECHA DE RECEPCION. *23 FEB. 17*

DFP 1 003 001 / 00 3

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC

23 FEB 2017

**PAGADO**

Vo. Bo.

*[Signature]*  
**DRA. MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ COVIAN**  
**DIRECTORA SUPLENTE**  
**CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC CENTRO**

**RECIBIDO**  
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y  
LOGÍSTICA DE INSUMOS Y  
SERVICIOS INTEGRALES  
13 FEB 2017  
**RECIBIDO**  
HORA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_