

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: MICHEL DURAN COURRECH		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 21 JULIO-2017
		4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 100.00
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) RECOGER UNA TELEVISION EN EL DEPARTAMENTO DE PATRIMONIO DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ALFREDO DE MAZO.			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL 341129	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: AA-085		12/ Km. FINAL 341362	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>MICHEL</i> MICHEL DURAN COURRECH		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>LIC. GREGORIO SANCHEZ PEREZ</i> LIC. GREGORIO SANCHEZ PEREZ	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

50 000 002/17

**RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION**
 NOMBRE: MICHEL DURAN COURRECH
 CARGO: CHOFER
 FIRMA: *MICHEL*
 FECHA DE RECEPCION: 26/07/17

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC
 26 JUL 2017
PAGADO

Vo. Bo.

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

ISSEMYM
CLÍNICA "ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ"
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

RECIBIDO
21 JUL 2017

FIRMA _____ HORA _____

[Faint, illegible text and markings, possibly a stamp or signature area]