



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|  |  |                         |  |                  |  |
|--|--|-------------------------|--|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><b>MICHEL DURAN COURRECH</b>  |  | 2/ NIVEL: 11            | 3/ FECHA: 07-SEPTIEMBRE-2017   |                  |  |
|  |  | 4/ RANGO: 2             | 5/ IMPORTE: \$ 100.00  |                  |  |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br>CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  |  |                         |  |                  |  |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br>ACUDIR AL HOSPITAL REGIONAL DE CHALCHO SOLIDARIDAD A LLEVAR PERSONAL DE DIRECCIÓN A LA JUNTA DE REGIÓN III DEL VALLE DE MÉXICO |  |                         |  |                  |  |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR   |  | 9/ Km. INICIAL<br>99180 | 10/ CON GASOLINA   | 11/ SIN GASOLINA |  |
| No. DE MATRICULA: MKC 8658   |  | 12/ Km. FINAL<br>99360  |  |                  |  |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><br><i>MICHEL</i><br>MICHEL DURAN COURRECH  |  |                         | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><br><i>LIC. GREGORIO SANCHEZ PEREZ</i><br>LIC. GREGORIO SANCHEZ PEREZ |                  |  |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.   |  |                         |  |                  |  |

50 000.002/17



CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
21 SEP 2017  
**PAGADO**

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC  
RECIBI BIEN Y/O SERVICIO AMPARADO  
POR ESTE DOCUMENTO A SATISFACCION  
NOMBRE: DURAN COURRECH MICHEL  
CARGO: CHOFER  
FIRMA: MICHEL  
FECHA DE RECEPCION: 21 SEPT. 17

Vo. Bo.

*Maria de Lourdes Rodriguez Covian*  
DRA. MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ COVIAN  
DIRECTORA  
CLINICA DE CONSULTA EXTERNA ECATEPEC CENTRO

