engrande issemum

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FLIO DE CAJA

TAGO DE VIA	THEOST ONT	CIADO 1 150 DI	
1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL:	10	3/FECHA: 11 /04/2017
Laura Garduño Pérez	4/ RANGO	2	5/ IMPORTE: \$ 280. ° °
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - AI			
Delegación Adminis	trativa de	la Coordina	ición de 5.S.
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S)	Y DESTINO (S) E	rtrega de a	documentos.
Hospital Regional Tla		0	
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:	9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLIN	A 11/ SIN GASOLINA
☑ OFICIAL □ PARTICULAR	115520 12/ Km. FINAL		
No. DE MATRICULA: MFR1392	115693	×	- ITANAMA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA/DEL EMPLEADO	QUE REGIBE	LANCE TO SERVICE THE	MA DE AUTORIZACIONE
			V
1 68.			
10000		Andrewson was a superior with the superior with	
Laura Gardono Perez	В	either del C	sorchez Gorcia
	4.5.12 (6.11)		

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.