



**PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE  <b>FERNANDO LECALUGA SANCHEZ</b>	2/ NIVEL <b>23</b>	3/ FECHA <b>10/03/2017</b>
	4/ RANGO <b>2</b>	5/ IMPORTE \$ <b>100.00</b>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION  
**SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA**

**PAGADO**

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)  
**TRAMITES DE LA LICENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL  
JALISCO DE BRAVO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR  No. DE MATRICULA <b>NAS 1013</b>	9/ Km. INICIAL <b>30507</b>	10/ CON GASOLINA <b>SI</b>	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <b>30641</b>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <b>FERNANDO LECALUGA S.</b>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <b>LILIA EDITH SERRANO SANCHEZ</b>
--	---

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