

**PAGO DE VIAJ.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE <b>JUAN RUBIO JIMENEZ</b>		NIVEL: <b>4</b>	FECHA: <b>13-07-2015</b>
		RANGO: <b>2</b>	IMPORTE: <b>106.30</b>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <b>HOSPITAL REGIONAL ZUMPANGO</b>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <b>LLEVAR DOCUMENTOS A LAS OFICINAS EN TOLUCA</b>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INIC: <b>204235</b>		CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL: <b>204484</b>		SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>JUAN RUBIO JIMENEZ</b>		FIRMA DE AUTORIZACION	
<p>NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p>			

13 JUL 2015