

**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Jorge Antonio Román Nové</i>		2/ NIVEL: <i>23</i>	3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): <i>10- Septiembre 2016</i>	
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>100.-</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Calidad</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <i>Clinica de Consultas Externa SSA Martín de las Pirámides. Intercambio de Supervisión y Capacitación de programas de calidad correspondientes a SOG, COCISEP, del Ciudadano</i>				
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA	12/ SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		10/ Km. FINAL:	<i>X</i>	
		<b>ISSEMYM</b>		
13/ EMPLEADO QUE RECIBE		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Jorge Antonio Román Nové</i> NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		<i>Luz Araceli Santín</i> DIRECTOR (A)		
		26 SEP 2016 <b>PAGADO</b> ADMINISTRADOR(A)		
NOTA: TERMINADA LA COMISSION, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				