

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: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL:	11/ CON GASOLINA <i>X</i>	12/ SIN GASOLINA	
		10/ Km. FINAL:	ISSEMYM		
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 PAGADO ADMINISTRADOR(A)			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					