



### PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL: 22

3/ FECHA (DÍA, MES, AÑO): 31/03/2016

Agustín Arnan Saenz García

4/ RANGO: 4

5/ IMPORTE: \$ 100.00

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:  
Subdirección de Proyectos Estratégicos

7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): Supervisión de Programas de Calidad; INDICAS, MECIC  
Percepción de los Profesionales de la Salud a la Clínica de Consulta Externa Atlixcapen de Zoogocho.

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL  PARTICULAR

9/ Km. INICIAL:

11/ CON GASOLINA

12/ SIN GASOLINA

10/ Km. FINAL:

13/ EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Agustín Arnan Saenz García

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

**ISSEMYM**  
E. Patricia Baco Baco  
DIRECTOR (A)  
Subdirección de Proyectos Estratégicos  
1 MAY 2016

ADMINISTRADOR (A)

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

**PAGADO**