



INSTITUCIÓN: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

MES/AÑO :ENERO/2018

ITEM.	Nombre y Apellido del Beneficiario	C.I. Nº	Func. sí/no	Cargo o Función que desempeña	Resolución de		Destino de la Comisión de Servicio	Periodo		Motivo de la Comisión de Servicio	Monto del Viático Asignado	F.F.	S.T.R. Nº	Dependencia
					Nº	Fecha		Desde	Hasta					
SIN MOVIMIENTO														