



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Cnel. Cazal y Meál López

Teléf. 480-081/481-549 FAX (595-21) 480-130

E-MAIL: FCM@MED.UNA.PY

San Lorenzo – Paraguay

PLANILLA DE REGISTRO MENSUAL DE VIATICOS
LEYES NROS. 2597/05, 2686/05 Y 3287/07

Nº 08

INSTITUCIÓN: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – UNA.

MES/AÑO: AGOSTO/2019

OBJETO DE GASTO 230 VIATICOS F.F.:30

Nombre y Apellido del Beneficiario	C.I. Nº	Funcionario: SI/ No	Cargo o Función que Desempeña	Disposición Legal de Asignación de Viático Nº /Fecha	Destino de la Comisión de Servicio	Periodo de la Comisión de Servicio	Motivo de la Comisión de Servicio	Viático Asignado (G.)	Registro Contable - SICO	
									Nº Obligación fecha	Nº Egreso Fecha
1 HUGO ANTONIO COLMAN SAMANIEGO	2.044.904	SI	CHOFER	Resolucion D. Nº 1248/2019	Filial Santa Rosa	28 de Julio al 29 de Julio	Traslado de Estudiantes	377.360	14541 02/08/2019	15125 20/08/2019
SUB TOTAL										
2 RODRIGO DAVID MALLADA BOSCARINO	2.166.082	SI	COORDINADOR UNIDAD DOCENTE C.P.A.M. STA ROSA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14593 05/08/2019	15102 20/08/2019
3 RODRIGO EUSEBIO DEL VALLE GONZALEZ	3.825.485	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14594 05/08/2019	15113 20/08/2019
4 RUBEN ANTONIO DIAZ RODRIGUEZ	2.022.818	SI	FOTOCOPISTA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14597 05/08/2019	15110 20/08/2019
5 DANIEL MANFREDO AMARILLA GUIRLAND	3.548.205	SI	COORDINADOR UNIDAD DOCENTE C.P.A.M. STA ROSA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14598 05/08/2019	15108 20/08/2019
6 DIEGO FELIPE AYALA ZARATE	3.383.194	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	1.518.120	14599 05/08/2019	16285 27/08/2019
7 HERMAN ALEXI SERVIN SALDIVAR	3.008.216	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	1.518.120	14600 05/08/2019	15103 20/08/2019
8 ADRIAN ALEJANDRO GRANCE MELLONE	3.443.455	SI	ASESOR JURIDICO	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14601 05/08/2019	15114 20/08/2019
9 JORGE RENE GONZALEZ LOPEZ	2.900.920	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	759.060	14602 05/08/2019	15104 20/08/2019
10 ALBERTO ORTIZ PEÑA	951.427	SI	COORDINADOR UNIDAD DOCENTE C.P.A.M. STA ROSA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	1.518.120	14603 05/08/2019	15116 20/08/2019
11 ROBERTO DANIEL PEÑA GALEANO	2.929.197	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. Nº 1267/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Miembros de la Direccion de Admision	1.518.120	14604 05/08/2019	15106 20/08/2019
SUB TOTAL								10.626.840		



[Handwritten signature]



Nombre y Apellido del Beneficiario	C.I. N°	Funcionario: SI/ No	Cargo o Función que Desempeña	Disposición Legal de Asignación de Vábito N° /Fecha	Destino de la Comisión de Servicio	Periodo de la Comisión de Servicio	Motivo de la Comisión de Servicio	Vábito Asignado (G.)	Registro Contable - SICO		
									N° Obligación fecha	N° Egreso Fecha	
12 CARLOS RUBEN ALMADA MANCUELLO	2.309.796	SI	TECNICO EN REFRIGERACION	Resolucion D. N° 1141/2019	Filial Santa Rosa	13 de Junio	Trabajos en Sede Santa Rosa	81.252	14595 05/08/2019	15150 20/08/2019	
SUB TOTAL											
13 JORGE ARSENI VALDEZ GONZALEZ	2.915.948	SI	AUX. ADMINISTRATIVO	Resolucion D. N° 1268/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Apoyo Examen de Admision CEPAM	759.060	14596 05/08/2019	15111 20/08/2019	
SUB TOTAL											
14 KEIKO BEATRIZ NATALIE FIGUEROA OYA	4.340.613	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14619 06/08/2019	14923 14/08/2019	
15 MIKAELA SOLEDAD BENITEZ SOSA	5.849.865	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14620 06/08/2019	14928 14/08/2019	
16 NATALIA ELIZABETH CRISTALDO SEGOVIA	5.459.247	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14621 06/08/2019	14916 14/08/2019	
17 SUSANA BEATRIZ CACERES	4.600.911	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14622 06/08/2019	14929 14/08/2019	
18 CECILIA YERUTI ALVAREZ RAMIREZ	3.765.434	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14623 06/08/2019	14930 14/08/2019	
19 MARIA LUZ MARTINEZ CHAPARRO	5.245.423	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14624 06/08/2019	14940 14/08/2019	
20 CLARA NAIR PERALTA VERA	4.945.592	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14635 06/08/2019	14942 14/08/2019	
21 ANA MERCEDES MARECOS GUILLEN	4.933.402	NO	ESTUDIANTE DEL 4TO CURSO DE KINESIOLOGIA	Resolucion D. N° 1279/2019	Ciudad de Mendoza- Argentina	08 de Agosto al 10 de Agosto	XXIII Congreso Argentino de Kinesiología y Fisioterapia	361.662	14626 06/08/2019	14943 14/08/2019	
SUB TOTAL											
22 BERNARDO ARRUJA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 994/2019	Filial Santa Rosa	06 de Junio al 07 de Junio 08 de Junio al 09 de Junio	Traslado de Estudiantes	1.055.024	14816 09/08/2019	14953 14/08/2019	
SUB TOTAL											
23 BERNARDO ARRUJA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 990/2019	Filial Santa Rosa	12 de Junio	Traslado de Estudiantes	1.055.024	14817 09/08/2019	14954 14/08/2019	
SUB TOTAL											
24 BERNARDO ARRUJA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 1326/2019	Filial Santa Rosa	04 de Agosto	Traslado de Estudiantes	124.340	14818 09/08/2019	14956 14/08/2019	
SUB TOTAL											
25 BERNARDO ARRUJA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 995/2019	Filial Santa Rosa	03 de Junio	Traslado de Docentes	121.252	14819 09/08/2019	14957 14/08/2019	
SUB TOTAL											
SUB TOTAL									121.252		



Nombre y Apellido del Beneficiario	C.I. N°	Funcionario: SI/ No	Cargo o Función que Desempeña	Disposición Legal de Asignación de Viático N° /Fecha	Destino de la Comisión de Servicio	Periodo de la Comisión de Servicio	Motivo de la Comisión de Servicio	Viático Asignado (G.)	Registro Contable - SICO		
									N° Obligación fecha	N° Egreso Fecha	
26 BERNARDO ARRUA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolución D. N° 992/2019	Filial Santa Rosa	10 de Junio	Traslado de Docentes	121.252	14820	14958	
SUB TOTAL									121.252		
27 BERNARDO ARRUA MEZA	699.353	SI	CHOFER	Resolución D. N° 987/2019	Filial Santa Rosa	05 de Junio	Traslado de Docentes	121.252	14821	14959	
SUB TOTAL									121.252		
28 JULIO CESAR TORALES BENITEZ	1.504.015	SI	DIRECTOR FILIAL SANTA ROSA	Resolución D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14822	14960	
29 FATIMA RODRIGUEZ ACOSTA	4.414.654	SI	DISERTANTE	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14823	14961	
30 GLADYS MERCEDES ESTIGARRIBIA SAMABRIA	3.031.291	SI	DOCENTE	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14824	14962	
31 CINTHIA CAMACHO SANTA CRUZ	2.467.791	SI	COORDINADORA DE CARRERA	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14825	14955	
32 MARCOS DANIEL ALMIRON SANTIACRUZ	3.259.428	SI	DISERTANTE	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14863	15943	
33 SANTIAGO DAVID TOLEDO NUÑEZ	4.260.301	SI	DISERTANTE	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14865	15939	
34 JORGE RODRIGO VILLALBA ARIAS	3.235.331	SI	COORDINADOR DE EXTENSION UNIVERSITARIA	Resolucion D. N° 1327/2019	Filial Santa Rosa	23 de Agosto al 24 de Agosto	I Curso de Inicialion a la Investigacion Cientifica	168.680	14866	15940	
SUB TOTAL									1.180.760		
35 GRACIELA BAREIRO ROMERO	1.169.573	SI	ADMINISTRADORA FILIAL	Resolucion D. N° 1341/2019	Filial Santa Rosa	13 de Agosto al 14 de Agosto	Gestiones Administrativas	168.680	14934	15168	
36 HUGO ANTONIO COLMAN SAMANIEGO	2.044.904	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 1341/2019	Filial Santa Rosa	13 de Agosto al 14 de Agosto	Gestiones Administrativas	188.680	14941	15166	
37 CINTHIA CAMACHO SANTA CRUZ	2.467.791	SI	COORDINADORA DE CARRERA	Resolucion D. N° 1341/2019	Filial Santa Rosa	13 de Agosto al 14 de Agosto	Gestiones Administrativas	168.680	14948	15167	
SUB TOTAL									526.040		
38 RODRIGO DAVID MALLADA BOSCARINO	2.166.082	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. N° 1332/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Trabajos de Organizaci3n y ejecuci3n de los procesos Examen Parcial	759.060	14939	16286	
39 JUAN GUALBERTO CARDENAS RODRIGUEZ	2.013.183	SI	CONTROLADOR DE SALA	Resolucion D. N° 1332/2019	Filial Santa Rosa	02 de Agosto al 10 de Agosto	Trabajos de Organizaci3n y ejecuci3n de los procesos Examen Parcial	759.060	14944	15941	
SUB TOTAL									1.518.120		
40 HUGO ANTONIO COLMAN SAMANIEGO	2.044.904	SI	CHOFER	Resolucion D. N° 1335/2019	Filial Santa Rosa	08 de Agosto al 11 de Agosto	Traslado de Estudiantes	1.726.800	14946	15942	
SUB TOTAL									1.726.800		

Nombre y Apellido del Beneficiario	C.I. N°	Funcionario: SI / No	Cargo o Función que Desempeña	Disposición Legal de Asignación de Viático N° / Fecha	Destino de la Comisión de Servicio	Periodo de la Comisión de Servicio	Motivo de la Comisión de Servicio	Viático Asignado (G.)	Registro Contable - SICO	
									N° Obligación Fecha	N° Egreso Fecha
41 ELIANA PATRICIA ZARATE AVALOS	4.595.201	SI	AUX. ADMINISTRATIVO	Resolución D. N° 1409/2019	Filial Santa Rosa	28 de Agosto al 30 de Agosto	Controles In-Situ	759.060	16328 27/08/2019	16376 28/08/2019
42 REYNALDO EZEQUIEL RAMIREZ RIQUELME	3.990.523	SI	AUX. ADMINISTRATIVO	Resolución D. N° 1409/2019	Filial Santa Rosa	28 de Agosto al 30 de Agosto	Controles In-Situ	759.060	16333 28/08/2019	16375 28/08/2019
SUB-TOTAL								1.518.120		
43 VIRGILIO CANDIA MARTINEZ	769.967	SI	CHOFER	Resolución D. N° 991/2019	Filial Santa Rosa	11 de Junio	Traslado de Docentes	101.252	16329 27/08/2019	16364 28/08/2019
SUB-TOTAL								101.252		
44 HUGO ANTONIO COLMAN SAMANIEGO	2.044.904	SI	CHOFER	Resolución D. N° 1410/2019	Filial Santa Rosa	22 de Agosto al 24 de Agosto	Traslado de Docentes	610.380	16334 28/08/2019	16363 28/08/2019
SUB-TOTAL								610.380		
TOTAL VIATICO DEL MES: Viene y tres millones quinientos ochenta y tres mil seiscientos cincuenta y dos										23.583.652

OBS:

* En fecha 07 de Agosto del corriente año hace devolución de viaticos; RODRIGO DELVALLE segun Boleta de Deposito BNF N° 780927 la suma de Gs. 81.268 (Guaraníes Ochenta y un mil doscientos sesenta y ocho), 13 de Agosto hace devolución de viaticos; VIRGILIO CANDIA segun Boleta de Deposito BNF N° 780929 Gs. 162.504 (Guaraníes Ciento sesenta y dos mil quinientos cuatro), 20 de Agosto hace devolución de viaticos; VIRGILIO CANDIA segun Boleta de Deposito BNF 780928 Gs. 10.000 (Guaraníes Diez mil), 20 de Agosto hace devolución de viaticos;

** Se adjunta Hoja de mision de los Items 14,15,16,17,18,19,20,21,con Periodo de Comisión del 08 de Agosto al 10 de Agosto.-


Ms. Griselda Bispo Escobar
 DIRECTORA
 DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - U.N.A.
 C.I. N° 2.355.980

BOLETA DE DEPÓSITO PARA EFECTIVO Y CHEQUES BNF
CASA MATRIZ Y SUCURSALES



Endosa todos los cheques e indique el número de Cuenta a la que son depositados.

SERIE G

Fecha: DIA 07 MES 08 AÑO 19 N° 0780927

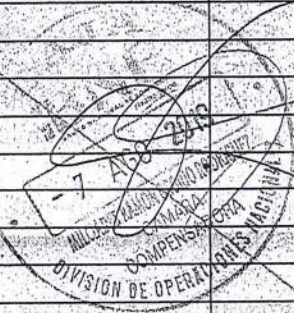
Número de Cuenta: 1221335

Nombre de la Cuenta: Facultad de Ciencias Médicas

CUENTA CORRIENTE CAJA DE AHORRO

Detalle de Cheques cargo BNF

	Casa Matriz/Sucursal	Número de Cheque	Importe
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Total a depositar			



RESUMEN	
Efectivo	<u>81268</u>
Cheque BNF - Casa Matriz	
Cheque BNF - Sucursales	
TOTAL	<u>81268</u>

Son Garantías: Dehepta y on mil doscientos sesenta y ocho

Canjear y aceptar el importe del depósito establecido en el presente

Depositante: Maria Nello C.I.N.: 863841
 Dirección: Ocupación:
 Ciudad: Nacionalidad: Teléfono:
 Firma del Depositante: [Signature] Firma y Sello del Cajero:

**ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO**

[Signature]
 C.P. María Cintia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

2
70

BOLETA DE DEPOSITO PARA EFECTIVO Y CHEQUES BNF
CASA MATRIZ Y SUCURSALES



Indicar todos los cheques con indicio de número de cuenta en el caso de ser de sucursales.

SERIE G

Fecha: DIA 13 - MES 08 - AÑO 19. N° 0780929

Número de Cuenta

01221224

Nombre de la Cuenta:

Facultad de Ciencias Médicas

CUENTA CORRIENTE

CAJA DE AHORRO

Detalle de Cheques cargo BNF		
Casa Matriz/Sucursal	Número de Cheque	Importe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Total a depositar		

RESUMEN

Efectivo	162.504
Cheque BNF - Casa Matriz	
Cheque BNF - Sucursales	
TOTAL	162.504

Son Guaraníes: Ciento sesenta y dos mil quinientos sesenta

Identificación del Depositante

Depositante: Miles Miles C.I.N.: 863541
 Dirección: _____ Ocupación: _____
 Ciudad: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____

Firma del Depositante: Firma y Sello del Cajero: _____

ES COPIA DEL ORIGINAL QUE ORDEN EN NUESTRO ARCHIVO

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

FORMULARIO DE DEPÓSITO PARA EFECTIVO Y CHEQUES BNF
CASA MATRIZ Y SUCURSALES



Verificar todos los cheques e indicar el número de cuentas del BNF de los depósitos.

Fecha: DIA 20, MES 08, AÑO 19 N° 0780930

Número de Cuenta: 1111-1274324

Nombre de la Cuenta: Facultad de Ciencias Médicas

CUENTA CORRIENTE CAJA DE AHORRO

Detalle de Cheques Caratés BNF

#	Casa Matriz/Sucursal	Número de Cheque	Importe
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Total a depositar			



RESUMEN

Efectivo	10.000
Cheque BNF - Casa Matriz	
Cheque BNF - Sucursales	
TOTAL	10.000

Son Guaraníes: Diez mil

Depositante: Helio Trella C.I.N°: 863541
Dirección: Ocupación:
Ciudad: Nacionalidad: Teléfono:
Firma del Depositante: *[Firma]* ES COPIA DEL ORIGINAL QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO Firma y Sello del Cajero

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
- b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>María Luz Martínez</u>			C.I. N°: <u>5245423</u>						
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Si:	No:	No: <input checked="" type="checkbox"/>						
3.	Cargo o función que desempeña: <u>Estudiante</u>	Si:	No:							
4.	Disposición legal de asignación de viático N°: <u>1279</u>			Fecha: <u>31/8/19</u>						
5.	Viático asignado: <u>361.662</u>									
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio: <u>Mendoza - Argentina</u>									
7.	Motivo de la comisión de servicio:									
8.	Período de la comisión	Desde: <u>10/8/19</u>	Hasta: <u>30/8/19</u>							
9.	Medio de traslado	Institucional:	Particular:							
10.	Detalle de gastos incurridos:									
	Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación	
		Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización			
a)	Alojamiento	Fact.	44	10/8/19		.		272.801		
		Fact.	104562	4/8/19				} 128.326		
b)	Alimentación	Fact.	23152	4/8/19						
		Fact.	23122	4/8/19						
		Fact.	27228	2/8/19						
		Fact.	25722	4/8/19						
c)	Pasaje Urbano/Interurbano									
d)	Tasas									
e)	Registro de Salida/Entrada									
f)	Otros Justificados									
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)								401.127	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)									
13.	Monto devuelto									
	Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:									

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionare datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Firma del Beneficiario

Aclaración

de firma: María Luz Martínez Chaparro

C.I. N°: 5245423

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1274</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>30/5/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO: <u>Monteserros Mariana Luz</u>		PUESTO QUE OCUPA: <u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A: <u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (dia-mes-año) <u>08-08-19</u>	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (dia-mes-año) <u>10-08-19</u>	HORA LLEGADA (hora:minutos)
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>08 Agosto</u>	<u>Avanzacion de actividades según lo establecido en el programa hasta la fecha 10 de Agosto 2019.</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Se adjunta cronograma y certificado de conclusion del congreso realizado en la ciudad de Mendoza - Argentina</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5289, ART 34, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE		FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE	
C.I.Nº <u>5245423</u>	C.I.Nº <u>5245423</u>		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Mariana Luz Monteserros Chaparro</u>		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Mariana Luz Monteserros Chaparro</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
 b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>Cecilia Alvarez</u>	C.I. N° <u>3.765.424</u>			
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Si: _____ No: _____			
3.	Cargo o función que desempeña: <u>Estudiante</u>				
4.	Disposición legal de asignación de viático N°: <u>1279</u>	Fecha: <u>31/8/19</u>			
5.	Viático asignado: <u>361.662</u>				
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio: <u>M. Cateyca - Argentina</u>				
7.	Motivo de la comisión de servicio:				
8.	Período de la comisión	Desde: <u>8/8/19</u> Hasta: <u>10/8/19</u>			
9.	Medio de traslado	Institucional: _____ Particular: _____			
10.	Detalle de gastos incurridos:				
	Descripción.	Comprobante	Moneda Extranjera	Monto	Observación
		Tipo N° Fecha	Denominación Monto Cotización	Equivalente G.	
a)	Alojamiento	Fact. 46 10/8/19		272.201	
		Fact. 2752 10/8/19			
		Fact. 27476 10/8/19			
		Fact. 27213 9/8/19			
b)	Alimentación	Fact. 18079 9/8/19		169.630	
		Fact. 77550 10/8/19			
		Fact. 26905 9/8/19			
		Fact. 6817 9/8/19			
c)	Pasaje Urbano/Interurbano				
d)	Tasas				
e)	Registro de Salida/Entrada				
f)	Otros Justificados				
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)			442.431	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)				
13.	Monto devuelto				
	Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:				

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionare datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Firma del Beneficiario

Aclaración

de firma: Cecilia Alvarez Alvarez Kumiet
 C.I. N°: 3.765.434

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

C.P. María Cynthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1279</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>305/19</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>305/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO: <u>Alvarez Cecilia</u>		PUESTO QUE OCUPA: <u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A: <u>Kinesologia</u>	
FECHA SALIDA (dia-mes-año) <u>8/08/2019</u>	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (dia-mes-año) <u>10/08/2019</u>	HORA LLEGADA (hora:minutos)
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>8/08</u>	<u>Inicio de actividades segun lo establecido en el programa hasta la fecha 10 de agosto</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Se adjunta como evidencia el informe de conclusiones del curso de los resultados de los cursos de Medicina Argentina</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY N° 5.189, ART.34, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos; incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión:			
FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE <u>[Firma]</u>		FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE <u>[Firma]</u>	
C.I. N° <u>3.261.234</u>		C.I. N° <u>3.261.234</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Cecilia Alvarez</u>		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Cecilia Alvarez</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Cinthia González Bosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
- b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario:	Susana Cáceres		C.I. N°:	4.600.911			
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Si:		No:				
3.	Cargo o función que desempeña:	Estudiante						
4.	Disposición legal de asignación de viático N°:	J279		Fecha:	5/8/19			
5.	Viático asignado:	361.662						
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio:	Mendoza - Argentina						
7.	Motivo de la comisión de servicio:							
8.	Período de la comisión	Desde:	9/8/19	Hasta:	10/8/19			
9.	Medio de traslado	Institucional:		Particular:				
10.	Detalle de gastos incurridos:							
Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación
	Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización		
a) Alojamiento	Fact.	42	7/8/19		.		272,801	
b) Alimentación	Fact.	18161	9/8/19				167,011	
	Fact.	174778	8/8/19					
	Fact.	68162	8/8/19					
	Fact.	93700	9/8/19					
	Fact.	131150	9/8/19					
c) Pasaje Urbano/Interurbano	Fact.	2562	9/8/19				10,805	
d) Tasas								
e) Registro de Salida/Entrada								
f) Otros Justificados								
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)						450,617	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)							
13.	Monto devuelto Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:							

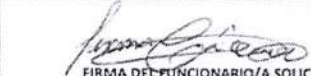
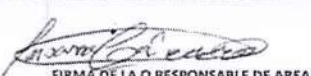
Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionare datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Firma del Beneficiario

Aclaración de firma: Susana Cáceres
 C.I. N°: 4.600.911

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1279</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>30/5/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO: <u>Cáceres Susana</u>		PUESTO QUE OCUPA: <u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A: <u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (día-mes-año) <u>08-08-2019</u>	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año) <u>10-08-2019</u>	HORA LLEGADA (hora:minutos)
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Iniciación de Actividades según lo establecido en el programa hasta la fecha. 10 agosto 2019.</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Se adjunta Cronograma y certificado de conclusión de Congreso realizado en la Ciudad de Mendoza - Argentina.</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5389, ART.3º, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
 FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE		 FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE	
C.I. Nº <u>4.600.911</u>		C.I. Nº <u>4.600.911</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Susana Cáceres</u>		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Susana Cáceres</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Emilia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
- b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>Ana Mercedes Morecos</u>	C.I. N°: <u>4.933.402</u>						
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input checked="" type="checkbox"/>						
3.	Cargo o función que desempeña: <u>Estudiante</u>							
4.	Disposición legal de asignación de viático N°: <u>1779</u>	Fecha: <u>5/8/19</u>						
5.	Viático asignado: <u>361.662</u>							
6.	Destino (Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio: <u>Micodroza - Argentina</u>							
7.	Motivo de la comisión de servicio:							
8.	Período de la comisión	Desde: <u>8/8/19</u> Hasta: <u>10/8/19</u>						
9.	Medio de traslado	Institucional: <input type="checkbox"/> Particular: <input type="checkbox"/>						
10.	Detalle de gastos incurridos:							
	Descripción.	Comprobante	Moneda Extranjera	Monto	Cotización	Monto Equivalente G.	Observación	
		Tipo	N°	Fecha	Denominación			
a)	Alojamiento	Fact.	54	10/8/19			272.801	
		Fact.	22172	9/8/19				
		Fact.	22173	10/8/19				
		Fact.	22174	10/8/19				
		Fact.	20117	9/8/19				
b)	Alimentación	Fact.	37567	8/8/19			129.279	
		Fact.	36907	9/8/19				
		Fact.	68150	8/8/19				
		Fact.	77515	10/8/19				
c)	Pasaje Urbano/Interurbano							
d)	Tasas							
e)	Registro de Salida/Entrada							
f)	Otros Justificados							
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)						402.080	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)							
13.	Monto devuelto Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:							

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionare datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Ana Mercedes

Firma del Beneficiario

ES COPIA DEL ORIGINAL

QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

Aclaración

de firma: Ana Mercedes

C.I. N°: 4.933.402

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1279</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>28/5/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO: <u>Morales Ana</u>		PUESTO QUE OCUPA: <u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A: <u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (día-mes-año) <u>8-08-19</u>	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año) <u>10-08-19</u>	HORA LLEGADA (hora:minutos)
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>8 Agosto</u>	<u>Iniciación de actividades según lo establecido en el programa hasta la fecha 10-08</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Se adjunta cronograma y certificado de conclusión de congreso realizado en la ciudad de Mendoza- Argentina</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5189, ART 3º, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE <u>Morales</u>		FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE <u>Morales</u>	
C.I. Nº <u>4.933.402</u>		C.I. Nº <u>4.933.402</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Ana Morales</u>		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Ana Morales</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
- b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>Clara Nair Peralta Vera</u>			C.I. N°: <u>4945592</u>					
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Si: Si:	No: No:						
3.	Cargo o función que desempeña: <u>estudiante</u>								
4.	Disposición legal de asignación de viático N°:	Fecha :							
5.	Viático asignado:								
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio:								
7.	Motivo de la comisión de servicio:								
8.	Período de la comisión	Desde: / /	Hasta: / /						
9.	Medio de traslado	Institucional:	Particular:						
10.	Detalle de gastos incurridos:								
	Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación
		Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización		
a)	Alojamiento	Fact.	43	7/8/19				272.801	
b)	Alimentación	Fact.	25710	8/8/19				105.108	
		Fact.	51780	8/8/19					
		Fact.	23121	9/8/19					
		Fact.	23123	9/8/19					
		Fact.	23124	9/8/19					
c)	Pasaje Urbano/Interurbano								
d)	Tasas								
e)	Registro de Salida/Entrada								
f)	Otros Justificados								
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)							377.909	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)								
13.	Monto devuelto Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:								

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionar datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Clara Nair Peralta Vera
 Firma del Beneficiario

Aclaración de firma: Clara Nair Peralta Vera
 C.I. N° : 4945592

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

C.P. María Cynthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>2279</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>30/5/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO:		PUESTO QUE OCUPA:	
<u>Peralta Clara</u>		<u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A:	
		<u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (día-mes-año)	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año)	HORA LLEGADA (hora:minutos)
<u>08-08-19</u>		<u>10-08-19</u>	
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>08</u>	<u>Iniciación de actividades según horario y cronograma establecido</u>		
<u>Agosto al</u>			
<u>10 de Agosto</u>	<u>culminación de la actividad</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>se adjunta cronograma y certificado de conclusión del congreso realizado en la ciudad de Mendoza Argentina</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY N° 52189, ART. 31, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
<u>Clara Peralta</u> FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE		<u>Clara Peralta</u> FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE	
C.I.N° <u>4.945.592</u>		C.I.N° <u>4.945.592</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE:		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE:	
<u>Clara Peralta</u>		<u>Clara Peralta</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
 b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>Keiko Figueron</u>	C.I. N° <u>4.340.613</u>
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Si: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
3.	Cargo o función que desempeña: <u>Estudiante</u>	No: _____
4.	Disposición legal de asignación de viático N°: <u>1279</u>	Fecha: <u>5/8/19</u>
5.	Viático asignado: <u>361.662</u>	
6.	Destino(Ciudad/Pais, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio: <u>Mendoza - Argentina</u>	
7.	Motivo de la comisión de servicio:	
8.	Período de la comisión	Desde: <u>8/8/19</u> Hasta: <u>10/8/19</u>
9.	Medio de traslado	Institucional: _____ Particular: _____
10.	Detalle de gastos incurridos:	



Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación	
	Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización			
a) Alojamiento	Fact.	41	10/8/19				272.801		
b) Alimentación	Fact.	1000	8/8/19				135.579		
	Fact.	3257	9/8/19						
	Fact.	2714	9/8/19						
	Fact.	2928	10/8/19						
	Fact.	18712	10/8/19						
c) Pasaje Urbano/Interurbano									
d) Tasas									
e) Registro de Salida/Entrada									
f) Otros Justificados									
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)							408.380	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)								
13.	Monto devuelto								
	Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:								


Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionar datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Keiko Figueron
 Firma del Beneficiario

Aclaración de firma: Keiko Figueron
 C.I. N°: 4340613

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO
 CP. María Carolina E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1091</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/11/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>30/05/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO:		PUESTO QUE OCUPA:	
<u>Figueroa Keiko</u>		<u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A:	
		<u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (día-mes-año)	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año)	HORA LLEGADA (hora:minutos)
<u>08/08/2019</u>		<u>10/08/2019</u>	
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>08/08</u>	<u>Inicio de actividades según lo establecido en el programa hasta la fecha 10/08.</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>Se adjunta cronograma y certificado de conclusión del congreso realizado en la ciudad de Mendoza - Argentina</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5.189, ART.3º, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión:			
 FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE		 FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE	
C.I.Nº. <u>4340613</u>		C.I.Nº. <u>4340613</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE:		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE:	
<u>Keiko Figueroa</u>		<u>Keiko Figueroa</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			


 C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO


- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
 b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario:	Mikaela Benitez			C.I. N°: 3849865					
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	SI:			No:					
3.	Cargo o función que desempeña:	Estudiante								
4.	Disposición legal de asignación de viático N°:	1279			Fecha: 5/8/19					
5.	Viático asignado:	361.662								
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio:	Mendoza - Argentina								
7.	Motivo de la comisión de servicio:									
8.	Período de la comisión	Desde: 8/8/19		Hasta: 10/8/19						
9.	Medio de traslado	Institucional:		Particular:						
10.	Detalle de gastos incurridos:									
	Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación	
		Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización			
a)	Alojamiento	Fact.	38	7/8/19				272.801		
b)	Alimentación	Fact.	25722	8/8/19				111.928		
		Fact.	51781	8/8/19						
		Fact.	22122	9/8/19						
c)	Pasaje Urbano/Interurbano									
d)	Tasas									
e)	Registro de Salida/Entrada									
f)	Otros Justificados									
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)							384.729		
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)									
13.	Monto devuelto Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:									

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionar datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."


 Firma del Beneficiario

Aclaración
 de firma: Mikaela Benitez
 C.I. N°: 3849865


 C.P. María Cecilia González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: 1274		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: -	
FECHA DE RESOLUCION: 5/8/19		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: 30/5/19	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO:		PUESTO QUE OCUPA:	
Benito Mikaela		Estudiante	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A:	
		Kinesología	
FECHA SALIDA (día-mes-año)	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año)	HORA LLEGADA (hora:minutos)
08-08-19		10-8-19.	
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
08 Agosto al 10 Agosto	Iniciación de actividades según el horario y cronograma establecido.		
	Administración de la actividad.		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	Se Adjunta cronograma y certificado de Conclusión del Congreso realizado en la ciudad de Mendoza - Argentina.		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5.189, ART. 3º, INCISO e) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE		FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE	
MSB		MSB	
C.I.Nº 5.849.865.		C.I.Nº 5.849.865.	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE:		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE:	
Mikaela Benito		Mikaela Benito	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Gabriela E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
 Facultad de Ciencias Médicas
 Avda. Dr. Montero N°658
 Teléf: 480-081/549 fax (595-21)480-130
 E-MAIL: fcm@med.una.py
 Asunción - Paraguay

Versión: 2

N° _____

FORMULARIO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE VIÁTICOS POR BENEFICIARIO

- a. Para todos los casos de asignación de viáticos por comisiones de servicio en el exterior del país.
 b. Para viáticos superiores a 40 jornales, asignados por comisiones de servicio en el interior del país.

Leyes Nros. 2597/05, 2686/05 y 3287/07

INSTITUCIÓN: _____

1.	Beneficiario: <u>Natalia Cristaldo</u>	C.I. N°: <u>5459.247</u>							
2.	Funcionario (permanente, comisionado, contratado) Particular	Sí: _____ No: _____							
3.	Cargo o función que desempeña: <u>Estudiante</u>	No: _____							
4.	Disposición legal de asignación de viático N°: <u>1279</u>	Fecha: <u>5/8/19</u>							
5.	Viático asignado: <u>361.662</u>								
6.	Destino(Ciudad/País, Ciudad/Dpto.) de la comisión de servicio: <u>Mendoza - Argentina</u>								
7.	Motivo de la comisión de servicio:								
8.	Período de la comisión	Desde: <u>8/3/19</u> Hasta: <u>10/8/19</u>							
9.	Medio de traslado	Institucional: _____ Particular: _____							
10.	Detalle de gastos incurridos:								
Descripción.	Comprobante			Moneda Extranjera			Monto Equivalente G.	Observación	
	Tipo	N°	Fecha	Denominación	Monto	Cotización			
a) Alojamiento	Fact	040	10/8/19		.		272.801		
b) Alimentación	Fact.	2784	8/8/19				129.137		
	Fact.	1247	8/8/19						
	Fact	5841	10/8/19						
c) Pasaje Urbano/Interurbano									
d) Tasas									
e) Registro de Salida/Entrada									
f) Otros Justificados									
11.	Total Gastos incurridos (a+b+c+d+e)							401.938	
12.	Monto sin Rendición (5 - 11)								
13.	Monto devuelto Nota de Depósito Fiscal N° o Boleta Depósito N°:								

Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", Art. 40: "La persona que proporcionare datos o informes falsos a la Contraloría General, será sancionada conforme a las disposiciones penales vigentes..."

Natalia C.
 Firma del Beneficiario

Aclaración de firma: Natalia Cristaldo
 C.I. N°: 5459.247

C.P. María Cynthia E. González Sosa, Jefa
 Dpto. de Rendición de Cuentas
 Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
 QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO

INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			
Nro. DE RESOLUCION: <u>1279</u>		Nro. DE NOTA DE PEDIDO: <u>-</u>	
FECHA DE RESOLUCION: <u>5/8/19</u>		FECHA DE NOTA DE PEDIDO: <u>30/5/19</u>	
DATOS GENERALES			
APELLIDO - NOMBRE DE LA O EL FUNCIONARIO: <u>Cristaldo Natalia</u>		PUESTO QUE OCUPA: <u>Estudiante</u>	
CIUDAD DEL SERVICIO:		NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL FUNCIONARIO/A: <u>Kinesiología</u>	
FECHA SALIDA (día-mes-año) <u>08-08-19.</u>	HORA DE SALIDA (hora:minutos)	FECHA LLEGADA (día-mes-año) <u>20-08-19.</u>	HORA LLEGADA (hora:minutos)
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE			
FECHA	ACTIVIDADES		
<u>08-Agosto</u>	<u>Iniciación de actividades según lo establecido en el programa hasta la fecha 20 Agosto 2019</u>		
INFORME FINAL DE LA MISION*			
FECHA	ACTIVIDADES		
	<u>se adjunta cronograma y certificado de conclusión del congreso realizado en la ciudad de Mendoza - Argentina.</u>		
RESULTADOS LOGRADOS			
EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY Nº 5.189, ART. 3º, INCISO a) Detalles de viajes nacionales e internacionales, que sean financiados con fondos públicos, incluyendo beneficiario, destino, objetivos del viaje, fecha de realización y montos asignados para viáticos, incluyendo un informe final de la misión.			
FIRMA DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Natalia C.</u>		FIRMA DE LA O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Natalia C.</u>	
C.I. Nº <u>5.489.247.</u>		C.I. Nº <u>5.489.247.</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO/A SOLICITANTE: <u>Natalia Cristaldo</u>		NOMBRE DE O RESPONSABLE DE AREA SOLICITANTE: <u>Natalia Cristaldo</u>	
ANEXO: Documentos originales según formulario de rendición de viáticos originales.			

C.P. María Cinthia E. González Sosa, Jefa
Dpto. de Rendición de Cuentas
Facultad de Ciencias Médicas - UNA

ES COPIA DEL ORIGINAL
QUE OBRA EN NUESTRO ARCHIVO