

NACIONAL (X)	OFICIO No. <u>2019/002/033</u>
INTERNACIONAL ()	FECHA <u>21 DE FEBRERO DE 2019</u>
Tipo cambio M.N. X 1 USD []	

DEPENDENCIA O ENTIDAD: COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TLAXCALA.	CLAVE PRESUPUESTARIA 4-52-1-8/08-1-3751-1-5-1-1
--	---

NOMBRE: DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO. PUESTO: PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
 CATEGORÍA: HONORARIOS
 DEPENDENCIA O ENTIDAD COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE TLAXCALA.
 UNIDAD EJECUTORA DE GASTO: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO:

LUGAR DE LA COMISION: CIUDAD DE MÉXICO.
 DURANTE: 2 DIAS

CON EL OBJETO DE: ASISTIR A REUNIÓN DE TRABAJO EN LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO. PARA PROPUESTA A PRESENTAR PARA EL SECRETARIO DE SALUD NACIONAL.

ESTIMACIÓN DE GASTOS

DÍAS DE LA COMISIÓN: 2 (Día)

PASAJES AEREOS (3711)	\$	0.00
ALIMENTACIÓN (3751)	\$	0.00
HOSPEDAJE (3751)	\$	0.00
PEAJE (CASETAS) (3751)	\$	0.00
OTROS (PASAJES) (3751)	\$	0.00
IMPORTE TOTAL \$	\$	0.00

MEDIO DE TRANSPORTE

VEHÍCULO OFICIAL ()	No. ECONÓMICO	No. DE PLACAS
VEHÍCULO PART. (X)		
AUTOBÚS ()	PRECIO DE PASAJES	\$
AVIÓN ()	(viaje redondo)	
OTROS ()	GASTOS DE COMBUSTIBLES	\$

ELABORÓ C.P. MARIBEL FLORES ROSAS	Vc.Bo. DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN	AUTORIZO DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
(NOMBRE Y FIRMA) TITULAR ADMVO.	(NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO)	(NOMBRE Y FIRMA) TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO
RECIBIDO
22 FEB. 2019
OFICINA DEL
C. COMISIONADO NACIONAL

NOMBRE: _____ HORA: _____

EL COMISIONADO

DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

(Nombre y Firma)



COMISIÓN ESTATAL DE
ARBITRAJE MÉDICO
DE TLAXCALA

