

**PROGRAMA DE INTEGRACIÓN
INFORME FINANCIERO**

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

UNIDAD ACADÉMICA: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA DE REALIZACIÓN:

DURACIÓN:

SEDE: (nombre y dirección de la institución)

TOTAL DEL SUBSIDIO OTORGADO:

DETALLE DE MONTOS DE GASTOS: VER COMPROBANTES ADJUNTOS.

PASAJE AÉREO:

PASAJE TERRESTRE:

ESTADÍA:

INSCRIPCIÓN:

OTROS:

FIRMA

FECHA DE ENTREGA: