



FORMATO UNICO DE COMISION
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

Folio:

Fecha:

Datos del Personal Comisionado

Nombre: _____ R.F.C. _____
Adscripción: _____ Puesto: _____
Ubicación: _____
Categoría: _____ Nivel de Categoría: _____
Tipo de Nombramiento: _____
Motivo de la Comisión: _____

Fecha de autorización de la comisión: _____

Tipo de viáticos: Anticipados: Devengados: ☒

Tarifa: I ☒ II ☐ III ☐

Municipio, localidad y periodo de la comisión	TARIFA	CUOTA DIARIA	DIAS	IMPORTE (PESOS)
	G.c.	\$300.00	1	\$300.00
	G.v.	\$350.00		\$0.00
	Pasajes	\$50.00		\$0.00
	TOTAL		1	\$300.00

Reporte de Actividades	Certificación

RESPONSABLE DEL ÁREA
QUE AUTORIZA LA COMISIÓN

COMISIONADO

Vo. Bo.

CONSTANCIA DE PERMANENCIA

DATOS DEL COMISIONADO	
NOMBRE: _____	
MOTIVO DE LA COMISIÓN: _____	

LUGAR Y FECHA: _____	

DATOS DEL RESPONSABLE QUE CERTIFICA Y SELLOS DE PERMANENCIA		
SELLO	SELLO	SELLO
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:	CARGO:
FECHA:	FECHA:	FECHA:
SELLO	SELLO	SELLO
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
CARGO:	CARGO:	CARGO:
FECHA:	FECHA:	FECHA:

A PARTIR DEL DIA	AL
------------------	----