



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**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: **XX**

Tarifa: I **xx** 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