



SALUD

FORMATO UNICO DE COMISION

GENERALIDADES

C. (1)	No. (2)
ADSCRIPCIÓN: (3)	FECHA: (4)
FILIACIÓN: (5)	
PUESTO: (6)	
CLAVE / CATEGORÍA: (7)	
RESIDENCIA: (8)	
COMISIONADO AL ESTADO / PAÍS DE: (9)	
PERÍODO DURANTE (10) _____ DÍAS, DEL _____ AL _____ DEL 201 _____	
(11)	
NACIONAL <input type="checkbox"/>	INTERNACIONAL <input type="checkbox"/>
MOTIVO DE LA COMISIÓN: (12) _____	
MOTIVO DE LA COMISIÓN: (12) _____	
MEDIO DE TRANSPORTE: (13)	TERRESTRE <input type="checkbox"/> AÉREO <input type="checkbox"/>

VIÁTICOS

LUGARES Y PERÍODOS DE LA COMISIÓN:				
CD. JUAREZ, CHIHUAHUA	TARIFA	CUOTA DIARIA	DÍAS	IMPORTE
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

SELLO PRESUPUESTAL						
AÑO	RAMO	UNIDAD RESPONSABLE	GF	FN	SF	PG
2010	12	300	2	1	04	00
AI	PP	PI	PARTIDA	TG	FF	
014	P014	PP03		1	1	
IMPORTE		\$ (19)				
PÓLIZA	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE CHEQUE	CUENTA x LIQUIDAR CERTIFICADA			

EVALUACIÓN: (20)

DOCUMENTOS DE RESPALDO

- () ACTAS CIRCUNSTANCIADAS
() DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN
() PROGRAMAS DE TRABAJO
() INFORME DE LA COMISIÓN
() OTROS _____

DESCRIBIR

PASAJES

VIAJE REDONDO (21) <input type="checkbox"/> DE: _____
<div></div>

SELLO PRESUPUESTAL						
AÑO	RAMO	UNIDAD RESPONSABLE	GF	F	SF	PG
2010	12	300	2	1	04	00
AI	PP	PI	PARTIDA	TG	FF	
014	P014	PP03		1	1	
IMPORTE		(22)				
PÓLIZA	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE CHEQUE	CUENTA x LIQUIDAR CERTIFICADA			

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

DIRECTORA DE OPERACIÓN

EL BENEFICIARIO

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO GERENCIAL

(23)

(24)

(25)