

 <b>SECRETARIA DE SALUD</b> (RF-1) <b>FORMATO UNICO DE COMISION</b>										<b>FOLIO</b> 1		
<b>GENERALIDADES</b>												
NOMBRE DEL VIATICANTE:	2											
ADSCRIPCION:	3											
FILIACION:	4						FECHA:	5				
PUESTO:	6											
CLAVE/CATEGORIA:	7											
RESIDENCIA:	8											
LUGAR DE LA COMISION:	9											
PERIODO:	10	DIAS	DEL	11			AL	12				
TIPO DE COMISION:	NACIONAL						13	INTERNACIONAL				14
MOTIVO DE LA COMISION:	15											
MEDIO DE TRANSPORTE:	TERRESTRE						16	AEREO				17
<b>VIATICOS</b>												
<b>LUGAR Y PERIODO DE LA COMISION:</b>				<b>TARIFA:</b>								
9				ZONA	CUOTA DIARIA		DIAS		IMPORTE			
DEL 11 AL 12				18	20		22		24			
				19	21		23		25			
				TOTAL				26				
<b>DOCUMENTO REFERENCIA:</b>				<b>EVALUACION:</b>								
CLAVE PRESUPUESTAL		IMPORTE		DOCUMENTOS DE RESPALDO:(28)								
27		26		ACTAS CIRCUNSTANCIADAS								
				DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACION								
				PROGRAMAS DE TRABAJO								
				INFORME DE COMISION								
				OTROS(DESCRIBIR)								
<b>PASAJES</b>												
VIAJE REDONDO	29	DE	30		<b>DOCUMENTO REFERENCIA</b>							
					CLAVE PRESUPUESTAL				IMPORTE			
					31				32			
33												

TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA  
DIRECTOR GENERAL

BENEFICIARIO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

34

35

36