

OK Part
Financiera



GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE MISANTLA



REGISTRO UNICO DE COMISIONES AL PERSONAL

Partidas Presupuestales a Afectar:

- Por viáticos _____
- Por gastos de viaje _____
- Combustibles y Lubricantes _____
- Traslados Locales _____
- Teléfonos y Telefax _____

Datos Sobre la Comisión _____ **11** Hojas adicionales a la presente
Objetivo de la Comisión

ASISTIR A LA BW GROUP PLANTA SLP Y AL VIÑEDO FREIXENET CON LOS GRUPOS DE 201 A, 601 B
Y 801 B DE LA CARRERA DE ING. INDUSTRIAL.

Principales actividades a desarrollar: _____ **11** Hojas adicionales a la presente
ASISTIR A LA BW GROUP PLANTA SLP Y AL VIÑEDO FREIXENET CON LOS GRUPOS DE 201 A, 601 B
Y 801 B DE LA CARRERA DE ING. INDUSTRIAL.

Documentos de Comprobación:

De viáticos y gastos de viaje	Importe
X Hospedaje (factura de hotel)	\$ 1,400.00
X Alimentación	\$ 900.00
Boleto de avión, autobús o tren	_____
Combustible y Lubricantes	_____
Peaje	_____
Traslados Locales (TAXI)	_____
Teléfonos y telefax	_____

- Administración de la Comisión
- SI Oficio de Comisión
 - _____ Diplomas o constancia de participación
 - _____ Programa de Trabajo
 - _____ Actas Circunstanciadas
 - _____ Otros _____

Importe Total de Viáticos y Gastos de Viaje Comprobados
\$2,300.00
(Número)

DOS MIL TRECIENTOS PESOS 00/100 MN
(Letra)

Reintegro a favor de la Dependencia _____

(Letra)

Reintegro a favor del Servidor Público _____

(Letra)

Autorización

DR. IRAHAN OTONIEL JOSÉ GUZMÁN
JEFE INMEDIATO

LIC. ROSA MARIA RAMÍREZ HERNÁNDEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

Informe de la Comisión

C. DR. IRAHAN OTONIEL JOSÉ GUZMÁN

de acuerdo a la normatividad vigente en la materia, me permito informarle los resultados de la comisión efectuada

Informe
Se cumplió con la comisión en tiempo y forma.

Declaración: En caso de ser necesario _____ **11** _____ hojas anexas a la presente

Declaro bajo propuesta de decir la verdad, que los casos contenidos en este formato son los solicitados y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicaran en caso contrario.

Nombre y Firma del Servidor Público

DR. ROBERTO ÁNGEL MELÉNDEZ ARMENTA

