



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 _____ 23 _____ Hojas adicionales a la presente
Objetivo de la Comisión

Participar en el certamen del proyecto del Innova TecNM 2024,
etapa regional, a realizarse del 24 al 27 de septiembre en la ciudad de Tehuacán, Puebla.

Principales actividades a desarrollar: _____ 23 _____ Hojas adicionales a la presente
Participar en el certamen del proyecto del Innova TecNM 2024 con dos proyectos de posgrado

Documentos de Comprobación:

De viáticos y gastos de viaje	Importe
Hospedaje (factura de hotel)	\$ -
X Alimentación	\$ 1,440.00
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 _____ Estacionamiento

Importe Total de Viáticos y Gastos de Viaje Comprobados
\$1,440.00
(Número)

(MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 00/100 MN)
(Letra)

Reintegro a favor de la Dependencia
\$0.00

(CERO PESOS 00/100MN)
(Letra)

Reintegro a favor del Servidor Público

(Letra)

Autorización

DR. ARTURO OLGUÍN HERNÁNDEZ
JEFE INMEDIATO

LCDA. LAURA EUGENIA HERNÁNDEZ PÉREZ
SUBDIRECTORA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Informe de la Comisión

C. DR. ARTURO OLGUÍN HERNÁNDEZ
de acuerdo a la normatividad vigente en la materia, me permito informarle los resultados de la comisión efectuada
Informe
LA COMISION SE CUMPLIO EN TIEMPO Y FORMA, EL OBJETIVO SE ALCANZO

Declaración:

En caso de ser necesario _____ 23 _____ 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

DRA. MARÍA CRISTINA LÓPEZ MÉNDEZ

