GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

AUTORIZACIÓN COMISIÓN DE SERVICIOS, OTORGAMIENTO DE VIÁTICOS, GASTOS DE TRANSPORTE Y DESPLAZAMIENTO

Código:FO-M1-P7-035
Versión: 1
Fecha de aprobación : 02-03-2021

SERVIDOR PÚBLICO AUTORIZADO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Clase de documento	
		CC.	C.E.
CARLOS MARIO JURADO LONDOÑO	70.133.629	X	

CARGO QUE DESEMPEÑA	SECRETARÍA	DEPENDENCIA
P.U. ÁREA SALUD	SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	SALUD COLECTIVA

SEDE DE TRABAJO	SUELDO O JORNAL	DURACIÓN DE LA COMISIÓN	VALOR VIATICO POR DÍA PERNOCTADO	FECHA DE AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN		
				DÍA	MES	AÑO
MEDELLIN	$ 5,423,771	Días	$	30	12	2022

LUGARES DONDE HA DE CUMPLIR LA COMISIÓN DE SERVICIOS	VALOR ANTICIPADO
ITUANGO-MONTEBELLLO	$

PROPÓSITO DE LA COMISIÓN	TRANSPORTE A UTILIZAR	
	PUBLICO	OFICIAL
		X
SUPERVISIÓN AL CONTRATO 4600014635. IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA IAMII EN LAS ESE HOSPITALES 2022	TERRESTRE	AÉREO
	X	

COMISION ORDENADA POR	VIATICOS OTORGADOS POR (Ordenador del Gasto)

CONTABILIDAD	TESORERÍA	CONTROL DEL ANTICIPO (PRESUPUESTO)	
		CENTRO DE COSTOS:	

YO, _____ C.C. _____, autorizo al Departamento de Antioquia, para que deduzca de mi sueldo o prestaciones sociales, el valor del avance de viáticos, si dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que termine la comisión, no presento los documentos necesarios para su legalización.

Firma _____

CERTIFICACIÓN DE PERMANENCIA EN COMISIÓN DE SERVICIOS

FECHAS DE CUMPLIMIENTO DE LA COMISIÓN				No. de días con pernocta	No. De días sin pernocta	MUNICIPIO	DISTANCIA	NOMBRE Y CARGO DEL SERVIDOR QUE CERTIFICA LA PERMANENCIA	FIRMA Y CEDULA DEL SERVIDOR QUE CERTIFICA LA PERMANENCIA
DEL		AL							
DÍA	MES	DÍA	MES						
5	12	6	12			ITUANGO	(62 KM)	NO	No
7	12	7	12	0	1	MONTEBELLO	(193 KM) -60 Kms.	Sandra Milena Yagari6 Enfermera Coordinadora	Sandra Yagari 6 32.110772

PAGUESE POR

CUMPLIDO DE COMISIÓN

La comisión de servicios generó gastos de alojamiento	SI		NO	X
La comisión de servicios generó gastos de alimentación	SI	X	NO	

OBSERVACIONES

El (la) suscrito (a):_____

hace constar que el servidor

_____ cumplió con la comisión

asignada en la (s) localidad (es) y fecha (s) anotada (s)

FIRMA DE QUIEN ORDENÓ LA COMISIÓN

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO

LIQUIDACIÓN (Espacio exclusivo para el responsable de liquidar la nómina)

Días pernoctados 100%		$
Días no pernoctados 50%	1	$ 89.400
Días pernoctados sin gastos de alojamiento (30%)		$
Días pernoctados sin gastos de alimentación (70%)		$
Días pernoctados S.G.P.		$
TOTAL	1	$ 89.400

CJURADOL

GASTOS DE TRANSPORTE

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte compartidos: Sí ___ No ___

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Comprobante (Anexar Factura - Recibo de Pago)

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte compartidos: Sí ___ No ___

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Comprobante (Anexar Factura - Recibo de Pago)

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte compartidos: Sí ___ No ___

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Comprobante (Anexar Factura - Recibo de Pago)

Fecha_____ desde_____ hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte compartidos: Sí ___ No ___

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Comprobante (Anexar Factura - Recibo de Pago)

GASTOS DE TRANSPORTE EXCEPCIONAL O ESPECIAL

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte excepcional compartidos: Sí ___ No ___

Nombre de quien suministra el transporte_____ C.C._____

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte excepcional compartidos: Sí ___ No ___

Nombre de quien suministra el transporte_____ C.C._____

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte excepcional compartidos: Sí ___ No ___

Nombre de quien suministra el transporte_____ C.C._____

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

Fecha_____ Desde_____ Hasta_____ Por valor de $ _____
Medio de transporte utilizado_____ Gastos de transporte excepcional compartidos: Sí ___ No ___

Nombre de quien suministra el transporte_____ C.C._____

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

Fecha _____ Gastos de desplazamiento compartidos: Sí ____ No ____

Desde_____ Hasta (Aeropuerto José María Córdoba) _____(Valor Reconocido 10% MMLVM)

Desde_____ Hasta (Otros) _____(Valor Reconocido 2,5% MMLVM)

Vo. Bo. de quien ordena la comisión_____