Agricultura Gestión Financiera	Formato	Código: F06-PR-GFI-29
	Solicitud de viáticos, gastos de viaje y desplazamientos al interior del pais	Versión: 3
		Fecha emisión: 22-8-2024

TIPO DE COMISIÓN REQUERIDA

SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS		FUNCIONAMIENTO	X	INVERSIÒN	

DATOS DEL COMISIONADO

DEPENDENCIA	DESPACHO	**Funcionario**	**Contratista**
		X	
NOMBRE DEL COMISIONADO	OSCAR OMAR MORENO	No de identificación	11.518.291

INFORMACION PRESUPUESTAL

Cuenta Objeto de Gasto de Viaticos	No de CDP	Asignación Salarial	Valor Honorarios	Cuenta Objeto de Gasto Tiquetes
A-02-02-02-010	2725	$ 2.385.758	$ 0	A-02-02-02-006-004

No. Cuenta Bancaria	Cta Corriente	Cta Ahorros					
018537458		X	La comisión genera Gastos de Viaje?	SI	X	NO	
			La comisión Genera Viaticos?	SI	X	NO	

DETALLES DE LA COMISIÓN

OBJETO DE LA COMISIÓN	Trasladar a la señora ministra o al grupo del esquema de seguridad encargados de la logística e itinerarios de la señora ministra durante su desplazamiento en el municipio de Apulo – Cundinamarca y municipios aledaños.

DIAS DE COMSIÓN	**Comisión Inicial**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**	**Adición**	**Nueva fecha final**	**No RP**
	X	9/08/2025	10/08/2025			
	Total días a liquidar		1,5	**Total días a liquidar**		

LUGAR DE LA COMISIÓN Y/O DESPLAZAMIENTO	**RUTA DE COMISIÓN**
	BOGOTA - APULO Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS

JUSTIFICACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE AUSTERIDAD DEL GASTO. Si su solicitud no cumple con los tres (3) días hábiles de anticipación, debe jusiticar el motivo que genera el incumplimiento.		**Fecha de Solicitud**	**Días de Anticipación**
		8/08/2025	1
JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE DESPLAZAMIENTO (Idetalle la razón por la cual no se puede dar cumplimiento utilizando los medios virtuales).	Se solicita la comisión del conductor Oscar Omar Moreno, los días 9 y 10 de agosto, debido a que deben viajar por tierra con la señora ministra y su esquema.		

CANTIDAD DE PERSONAS QUE ASISTIRAN POR AREA	1	**Rol a desempeñar**	

TIPO DE DESPLAZAMIENTO QUE VA A UTILIZAR	**Terrestre**	**Fluvial**	**Otros**	**Vuelo de Apoyo**	**Vuelo Comercial**
	X				X

SI USTED REQUIERE EL RECONOCIMIENTO DE TRANSPORTE, PEAJES O CONEXIÓN AEROPORTUARIA POR FAVOR INDIQUE EL VALOR Y EL TIPO DE RECONOCIMIENTO QUE REQUIERE PARA LA COMISIÒN	**Peajes** (Solo para los Conductores del MADR)	**Gastos de transporte**	**Conexión Aeroportuaria**
	$ 100.000	$ 0	$ 0

INFROMACIÒN DE HORARIOS SI LA COMISIÒN REQUIERE VUELO COMERCIAL

SI USTED REQUIERE VUELO COMERCIAL INDIQUE POR FAVOR LOS HORARIOS ESTIMADOS PARA LA RESERVA, *(recuerde que por austeridad del gasto siempre se debe ajustar a la opcion de vuelo a la tarifa más económica disponible)*	Hora de Salida	Ciudad de Destino	Hora de regreso	Ciudad de Regreso

OBSERVACIONES: *Para los casos en los que al momento de expedir los tiquetes aéreos no haya disponibilidad de vuelo directo a la ciudad de destino, el Grupo de Comisiones, expedirá el tiquete al aeropuerto mas cercano del lugar de destino. Asi mismo registrará el gasto de transporte dentro de la solicitud registrada en SIIF Nación, que soporta la conexión entre ciudades, e informará via email el cambio de ruta al solicitante de la comisión.*

Nota: *Por favor tener en cuenta que todo cambio de horario solicitado, debe estar previamente autorizado por Secretaria General, en caso de ser aprobado el cambio el pasajero debe levantar el checkin directamente con la aerolínea, antes de solicitar el cambio al supervisor. De igual manera es importante tener en cuenta los desplazamientos terrestres que debe hacer y los tiempos que estos requieren, para no generar traumatismos y sobre costos con los tiquetes.*

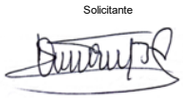
PLAN DE TRABAJO

Fecha	**Actividad a Desarrollar**	**Hora de Inicio**	**Tiempo Estimado (en horas)**

Observaciones: *(Si para detallar el plan de trabajo dispuesto para la comisiòn, requiere espacio adicional a los renglones dispuesto, por favor anexar documento en pdf a esta solicitud*)

Nota: *Si el objeto de la comisión es el cumplimiento de una citación,esta debe adjuntarse al presente formato.*

CADENA DE APROBACIÓN

Solicitante	Jefe de Dependencia Solicitante ó Jefe Inmediato	Responsbale del Rubro *(Aplica solo para cuando la dependencia no cuenta con recursos propios)*
	Deisy Esperanza Gomez Laverde Firmado digitalmente por Deisy Esperanza Gomez Laverde Fecha: 2025.08.08 14:46:53 -05'00'	
Nombre: Oscar Omar Moreno	Nombre: Deisy Esperanza Gómez Laverde	Nombre: Lilliana María Calle Carvajal
Cargo: Conductor	Cargo: Coordinadora Grupo de Servicios Administrativos	Cargo: Subdirectora Administrativa