|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE COMISIÓN DE SERVICIOS** | | | | |
| **Res. (R) Nº 23880/19 – Reglamento General de Viáticos y Movilidad** | | | | |
|  |  |  |  | **Expte. Nº /202X** |
|  |  |  |  |  |
| **Lugar y Fecha: Los Polvorines, día/mes/202x** | | **Dependencia: Instituto xxxxxxx** | | |
|
| **Apellido y Nombre: xxxxxx, xxxxxx** | | **DNI : xxxxxx** | | |
|
| **Categoria: xxxxx** | | **Imputación Presupuestaria:** | | |
| **Destino: xxxxxxx** | | **Medio de Transporte: xxxxx**  **Adelanto a Responsable Nº:**  **Importe: $xxxxx** | | |
| **Motivo de la Comisión: xxxxxxxxx** | | | | |
|
|
| **Fechas de Salida: xx/xx/xx** | **Hora: xxxx** | **Fecha de Regreso: xx/xx/xx** | | **Hora: xxxx** |
|
| **VIATICOS** | | | | |
| **Cantidad de días: x** | **$ por dia** | xxxx | **Total $** | **xxxx** |
| **MENOS: Alojamiento contratado** | **Adelanto a Responsable Nº:** | | **Total $** | xxxxx |
| **SUBTOTAL VIATICOS** | | | | **xxxx** |
| **GASTOS DE MOVILIDAD** | | | | |
| **Transporte Público -Corta Distancia-** | | | | |
| **Cantidad de días: x** | **$ por dia** | xxxx | **Total $** | **xxxx** |
| **SUBTOTAL GASTOS DE MOVILIDAD** | | | | **xxxx** |
| **OTROS GASTOS (Inscripción a eventos, traslados locales, comunicaciones, etc.) SEGURO ASIST. AL VIAJERO** | | | | |
| **Detalle: xxxx** | | | | **Total $** |
|  | | | |  |
| **SUBTOTAL OTROS GASTOS** | | | | **xxxx** |
| **TOTAL GENERAL - Se solicita la suma de $** | | | | **xxxxx** |
|  |  |  |  |  |
| **VIAJES AL EXTERIOR - Seguro de Asistencia al Viajero** | | | | |
| **Compañía Aseguradora** | **Nº de Certificado** | **Periodo Cubierto** | | |
| **Desde** | **Hasta** | |
|  |  |  |  | |
| |  | | --- | | Declaro bajo juramento que, de no hacer uso de los Viáticos otorgados por no efectuar la Comisión o realizarla en menor cantidad de días de lo informado, procederé a reintegrar a la Dirección de Tesorería los Viáticos percibidos, ya sea en forma total o parcial dentro de los 5 (cinco) días hábiles de terminada mi Comisión. La rendición, de esta SOLICITUD DE COMISION DE SERVICIOS, deberá ser presentada dentro de los diez (10) días hábiles de la fecha de finalización de la Comisión, junto con los documentos que acrediten la fecha de salida y de regreso (ticket aéreo o reserva electrónica, boarding pass, pasaje de micro, tren, etc.).  De asistir a un evento o actividad deberá presentar el cronograma y el Certificado de la Asistencia. | | | | | | |
|
|
| **Responsable de la Solicitud** | | Firma |  |  |
|  |  | Aclaración |  | |
| **Conforme Directora del Proyecto de Investigación** | | Firma |  |  |
|  |  | Aclaración |  | |
|  |  |  |  | |
| VISTO EL PEDIDO, AUTORIZO SU PRESENTACIÓN | | | | |
| **Rectora/o-Decana/o Secretario/a-Auditor Interno Titular** | | Firma |  |  |
|  | | Aclaración |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |
| **Secretaría de Administración - Dirección de Tesorería** | | | | |
| **Viajes al exterior - Liquidación Moneda Extranjera** | | | | |
| **Fecha** | **Tipo de cambio vendedor Bco Nación del día anterior a la liquidación** | | **Total Usd** | **Total $** |
|  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Dirección de Tesorería** | | Firma |  |  |
|  |  | Aclaración |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **En caso de recepción en EFECTIVO o CHEQUE Firma y Aclaración del Receptor:** | | | | |
|  |  |  |  |  |