******

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

***SOLICITUD DE VIÁTICOS, SOSTENIBILIDAD EN CAMPO, TIQUETES Y ANTICIPOS (ACUERDO SUPERIOR 401 DE 2012)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| **Apoyo requerido (marque con una X)** | **Viatico** | |  | **Tiquete** |  | | **Sostenibilidad (aplica para contratistas)** | | | | |  | **Anticipos** | |  | **Fecha de solicitud:**  **(dd/mm/aaaa/)** | | |  | |
| **Dependencia** | **Centro Extensión** |  | **Centro Investigación** | | |  | | | **Departamento Básicas** |  | **Departamento Específicas** | |  | **Laboratorio Salud Pública** | | |  | **Otros** | |  |
| **Nombre Proyecto o Programa** |  | | | | | | | **No. Convenio** | | | | |  | | | | **Centro de Costo** | | |  |
|
| **Objeto** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|

***Viáticos, Sostenibilidad en Campo y Tiquetes***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cédula** | **Nombre completo** | **Teléfono** | **Destino** | **Fecha / Hora Salida** | **Fecha / Hora Regreso** | **Días de Viáticos** | **V/R Viáticos** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*La persona se comprometerá expresamente a la comprobación de la comisión asignada y a la entrega de los cumplidos de la actividad un término no mayor a 10 días para la debida legalización. En el caso en el que no se lleve a cabo la comisión, la persona deberá reintegrar lo entregado el día hábil inmediatamente siguiente. Con la firma de este documento se autoriza la deducción del valor del salario o de las prestaciones sociales en caso de la no legalización en los términos anteriormente mencionados (Acuerdo superior 401, mayo 2012).*

***Anticipos:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Cédula** | **Nombre Completo** | **Valor total anticipo** | **Indicar valor por ítem** | | | | | **Fecha del Anticipo** | |
| **Transporte** | **Materiales y Suministros** | **Refrigerio** | **Publicaciones** | **Otros** | **Salida** | **Regreso** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Observaciones** | | | | | | | | | |

***Solo aplica (para cubrir gastos fuera de Medellín); (a excepción de transporte y publicaciones):*** *Recuerde que el anticipo debe ejecutarse en las fechas que sea solicitado y al regreso debe entregar la documentación soporte de los gastos en un término no mayor a 10 días. Se debe verificar si para algunos gastos realizados debe aplicar las retenciones de tipo legal*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Solicitante***  ***(Nombre y Firma)*** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***V/B o aval presupuestal***  ***(Nombre y Firma)*** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***V/B Jefe de Centro o Jefe Departamento (Nombre y Firma)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”  Universidad de Antioquia | Página 1 de 1 |
| Copia controlada  Versión febrero de 2019 |