



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No

GENERALIDADES

SOLICITANTE:	LIC. GABRIELA LOPEZ SANCHEZ									
CARGO:	PROCURADORA AUXILIAR DE PROTECCION DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES									
COMISIONADO:	LIC. GABRIELA LOPEZ SANCHEZ									
CARGO COMISIONADO:	PROCURADORA AUXILIAR DE PROTECCION DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES									
FECHA DE EXPEDICIÓN:	08 DE ABRIL DE 2019			FECHA INICIAL		FECHA FINAL		TOTAL DÍAS		
LUGAR DE COMISIÓN:	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			DÍA	MES	AÑO	DÍA		MES	AÑO
				10	04	2019	10	04	2019	1
OBJETO DE LA COMISIÓN:	LLEVAR A UN NIÑO DE CASA HOGAR A SU VALORACION PSIQUIATRICA AL PSIQUIATRICO A SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.									
MEDIO DE TRASPORTE:	AUTOBÚS	<input checked="" type="checkbox"/>	VEHICULO OFICIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>	OTRO	(ESPECIFICAR)		

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS	AEREO	VEHICULO: CHEVY			
		PLACA:		COMBUSTIBLE	LTS
IMPORTE	IMPORTE	KM. SALIDA:		PEAJE	
\$	\$	KM. REGRESO:		OTROS	
OTROS	\$			TOTAL	\$
OBSERVACION:					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION			\$300.0					
HOSPEDAJE								
TRASPORT. INT			\$400.00					
TOTAL POR DIA	\$	\$	\$700.00	\$	\$	\$	\$	
							TOTAL	\$700.00

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$700.00

RECIBI LA CANTIDAD DE \$,00 (SON: SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (1) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

AUTORIZACION

COMISIONADO(A)	COORDINACION Y/O RESPONSABLE
 LIC. GABRIELA LOPEZ SANCHEZ PROCURADORA AUXILIAR DE PROTECCIÓN DE NNA V.o. B.o.	 LIC. GABRIELA LOPEZ SANCHEZ PROCURADORA AUXILIAR DE PROTECCIÓN DE NNA AUTORIZO
L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	C.P.A. ROSA GUADALUPE SAENZ RAMIREZ TESORERA DEL DIF CARMEN

ME COMPROMETO A DESTINAR EXCLUSIVAMENTE LOS RECURSOS QUE SE ME HAN PROPORCIONADO PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN CONFERIDA, LOS CUALES COMPROBARÉ EN UN PLAZO DE 72 HORAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE REGRESE DE LA COMISIÓN, DE NO SER ASÍ, AUTORIZO PARA QUE ME SEAN DESCONTADOS DE MIS PERCEPCIONES HASTA CUBRIR DICHA CANTIDAD.




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

NO.

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
	 <p>10 ABR 2019 HOSPITAL SOCIAL CAMPECHE</p>	