



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

**FORMATO UNICO DE COMISION**

**TESORERIA**

+ PC/MEDICA /No. 10/2019  
No

**GENERALIDADES**

<b>SOLICITANTE:</b>	DRA ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA							
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA DE AREA MEDICA							
<b>COMISIONADO:</b>	DRA ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA, L.T.S. MONICA SUAREZ MANZANARES, CHOFER JONATHAN PEREZ CASANOVA							
<b>CARGO COMISIONADO:</b>	COORDINADORA DE AREA MEDICA, TRABAJADORA SOCIAL							
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	09 DE ABRIL DEL 2019	<b>FECHA INICIAL</b>		<b>FECHA FINAL</b>		<b>TOTAL DÍAS</b>		
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DIA</b>		<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
		10	04	2019	13	04	2019	4
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	TRASLADO DE 28 PACIENTES MAS ACOMPAÑANTES INSCRITOS EN LA CAMPAÑA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO 2019, A VALORACION, Y PROBABLES A INTERVENCION QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DR. MANUEL CAMPOS DE LA CD. DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.							
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIATICOS POR TRASPORTE**

AUTOBUS		AEREO		VEHICULO: AUTOBUS DE LA UTECAM		
<b>ADO.</b>		<b>PLACAS:</b>		<b>PEAJE</b>		\$
<b>IMPORTE</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>KM. SALIDA:</b>		<b>OTROS TAXI</b>		\$620
\$600.00	\$	<b>KM. REGRESO:</b>		<b>TOTAL</b>		\$300
<b>OTROS</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>DIESEL</b>				\$ 1,520
	\$-----	\$-----				
<b>OBSERVACIONES: SE LE DAN \$600 PESOS DE VIATICOS PARA EL CHOFER DE LA UTECAM</b>						

**VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE**

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	\$-----	\$	\$2,200.00	\$600.00	\$600.00	\$600.00	\$	\$3,400.00
HOSPEDAJE	\$-----	\$-----	\$1,400.00	\$1,400.00	\$1,400.00	\$-----	\$-----	\$4,200.00
TRASPORT. INT	\$-----	\$-----	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$-----	\$400.00
TOTAL POR DIA	\$-----	\$-----	\$3,700.00	\$2,100.00	\$2,100.00	\$700.00	\$-----	\$8,600.00
							<b>TOTAL</b>	<b>\$8,600.00</b>

**GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO** **\$10,120.00**

.RECIBI LA CANTIDAD DE \$10,120.00 PESOS, 00/100 M.N.) SON DIEZ MIL CIENTO VEINTE PESOS CORRESPONDIENTES A (04) DIAS DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

**AUTORIZACION**

<b>SOLICITANTE</b> DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA	<b>COMISIONADO</b> DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA
<b>VO. BO.</b> L.D.G. MARBELLA MAYER A JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	<b>AUTORIZO</b> 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 NO MAYOR DE TRES DÍAS 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.



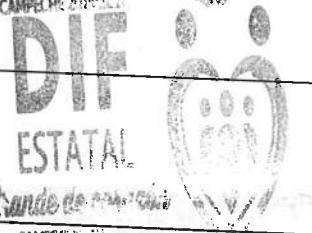

TESORERÍA

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

FORMATO UNICO DE COMISION  
**TESORERIA**

NO. PC/MEDICA/NO.10/19

**CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA**

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
 <p>DIF ESTATAL Estado de Campeche CAMPECHE 2016-2021</p>		
 <p>DIF ESTATAL Estado de Campeche CAMPECHE 2016-2021</p>		
 <p>DIF ESTATAL Estado de Campeche CAMPECHE 2016-2021</p>		
 <p>DIF ESTATAL Estado de Campeche CAMPECHE 2016-2021</p>		