



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No 5

GENERALIDADES

SOLICITANTE:	MTRA. ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA					
CARGO:	CORDINADORA MUNIC IPAL DE DISCAPACIDAD					
COMISIONADO:	FABIAN ARMANDO BURELOS HERNANDEZ					
CARGO COMISIONADO:	TERAPEUTA FISICO					
FECHA DE EXPEDICIÓN:	05/04/2019		FECHA INICIAL		FECHA FINAL	
LUGAR DE COMISIÓN:	SANFRANCISCO DE CAMPECHE		DIA	MES	AÑO	TOTAL DÍAS
			08	04	19	1
OBJETO DE LA COMISIÓN:	ENTREGA DE AUXILIARES AUDITIVOS CENTRO DE CONVENCIONES SIGLO XXI					
MEDIO DE TRASPORTE:	AUTOBÚS	VEHICULO OFICIAL	X	AÉREO	OTRO	(ESPECIFICAR)

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS	AEREO	VEHICULO:			
IMPORTE	IMPORTE	PLACA:	COMBUSTIBLE	LTS	
\$	\$	KM. SALIDA:	TAXI	200	
		KM. REGRESO:	OTROS :LAVADO DE AUTOBUS	200	
OTROS	\$		TOTAL	300	
OBSERVACION:					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION								
HOSPEDAJE								
TRASPORT. INT								
TOTAL POR DIA	\$200	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
							TOTAL	\$200

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$500.00

RECIBI LA CANTIDAD DE \$ (SON:500/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (1) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

AUTORIZACION

COMISIONADO (A) FABIAN ARMANDO BURELOS HERNANDEZ	COORDINACION Y/O RESPONSABLE MRA. ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA
V.o. B.o. L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	AUTORIZO 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.

Recibi
3:19



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

NO. 5

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
<p>DIRECCION DE ATENCION SOCIAL Y DISCAPACIDAD</p>		