



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No **DIFCDC/006-AMED/2019**

GENERALIDADES

SOLICITANTE:	DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA					
CARGO:	COORDINADORA DE AREA MEDICA					
COMISIONADO:	DR. EDGAR HERRERA MORENO, CHOFER JORGE GÓMEZ UICAB					
CARGO COMISIONADO:	COORDINADORA AREA MEDICA					
FECHA DE EXPEDICIÓN:	19 DE MARZO DEL 2019			FECHA INICIAL	FECHA FINAL	
LUGAR DE COMISIÓN:	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			DI A	MES	AÑO
				20	03	19
				20	03	19
						1
OBJETO DE LA COMISIÓN:	VALORACIONES DE PACIENTES PARA PROTESIS MAXILOFACIAL EN SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, LA SALIDA ES A LAS 4 AM EN LA INSTACION DEL DIF CARMEN					
MEDIO DE TRASPORTE:	<input type="checkbox"/> AUTOBÚS	<input type="checkbox"/> VEHICULO OFICIAL	<input type="checkbox"/> AÉREO	<input type="checkbox"/> OTRO	(ESPECIFICAR) AUTOBUS UTECAM	

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS :	AEREO	VEHICULO: TRANSIT			
		PLACA:		COMBUSTIBLE	
IMPORTE	IMPORTE	KM. SALIDA:		PEAJE	
	\$	KM. REGRESO:		OTROS: TAXI	\$200
OTROS	\$			TOTAL	\$200
OBSERVACION: DEBIDO A QUE SE REGRESAN PACIENTES DESPUES DE LA VALORACION LOS ACOMPAÑARA EL DR. ASIGNADO AL AREA MEDICA					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION			\$400					
HOSPEDAJE								
TRASPORT. INT								
TOTAL POR DIA	\$	\$	\$400			\$	\$	
						TOTAL		\$ 400.00

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$600.00

RECIBI LA CANTIDAD DE \$600.00 PESOS (SON: SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (1) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

AUTORIZACION

 DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA COORDINADORA DE AREA MEDICA	 DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA COORDINADORA DE AREA MEDICA
V.o. B.o. L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	AUTORIZO C.P.A. ROSA CUADALUPE 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.



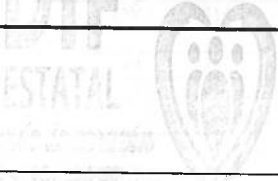

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No DIFCDC/006-AMED/2019

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
		 CD. OSCAR NOVELS MONTERO