



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No PC/MED. /No.08/2019

GENERALIDADES

SOLICITANTE:	DRA ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA					
CARGO:	COORDINADORA DE AREA MEDICA					
COMISIONADO:	L.T.S. MONICA SUAREZ MANZANARES.					
CARGO COMISIONADO:	TRABAJO SOCIAL AREA ,MEDICA					
FECHA DE EXPEDICIÓN:	29 DE ABRIL DEL 2019			FECHA FINAL		TOTAL DÍAS
LUGAR DE COMISIÓN:	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.			DIA	MES	
	DI	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	A					
	02	05	2019	3	05	2019
OBJETO DE LA COMISIÓN:	TRASLADO DE 4 PACIENTES INSCRITOS EN LA CAMPAÑA DE CATARATAS, LOS CUALES SERAN INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL DR. MANUEL CAMPOS, DE LA CD. DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.					
MEDIO DE TRASPORTE:	AUTOBÚS	<input checked="" type="checkbox"/>	VEHICULO OFICIAL	<input type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>
					OTRO	(ESPECIFICAR)

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS	AEREO	VEHICULO: CHEVY			
IMPORTE \$300.00		PLACA:		COMBUSTIBLE	LTS
OTROS	IMPORTE	KM. SALIDA:		PEAJE	\$-----
\$300.00 TAXIS.	\$	KM. REGRESO:		OTROS	
<i>4000</i>	\$			TOTAL	\$600.00
OBSERVACION:					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION				\$300.00	\$300.00			\$600.00
HOSPEDAJE				\$700.00	-----			\$700.00
TRASPORT. INT								
TOTAL POR DIA	\$	\$		\$1,000.00	\$300.00			1300.00
							TOTAL	\$1,300.00

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$1,900.00

RECIBI LA CANTIDAD DE \$1,900.00 M (SON:MIL NOVECINETOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (2) DIAS DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION

AUTORIZACION

COMISIONADO (A) <i>[Signature]</i> L.T. MONICA SUAREZ MANZANARES	COORDINACION Y/O RESPONSABLE <i>[Signature]</i> DRA. ADRIANA ESTEPHANIE VERDEJO ARROCHA
V.o. B.o. L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	AUTORIZO <i>[Signature]</i> 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

RECIBIDO
 1.4604
TESORERIA
 29/ABR 2019

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.



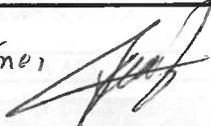
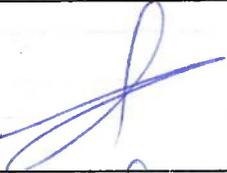
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

NO. PC/MED. /No.08/2019

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

ADIGNACIÓN Y SELLO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
 RECIBIDO TRABAJO SOCIAL OFTALMOLOGIA 02 MAY 2019		Lts Pedro Raúl Deib Gómez 
TRABAJO SOCIAL		 CME CAMPECHE OFTALMOLOGIA L.T.S. YURI MARISOL CASTILLO CÁMARA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL 
		 CME CAMPECHE OFTALMOLOGIA L.T.S. YURI MARISOL CASTILLO CÁMARA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL 