



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

**TESORERIA**

**FORMATO UNICO DE COMISION**

No PC/MED. /No.08/2019

**GENERALIDADES**

<b>SOLICITANTE:</b>	DRA ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA					
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA DE AREA MEDICA					
<b>COMISIONADO:</b>	L.T.S. MONICA SUAREZ MANZANARES.					
<b>CARGO COMISIONADO:</b>	TRABAJO SOCIAL AREA ,MEDICA					
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	29 DE ABRIL DEL 2019			<b>FECHA FINAL</b>		<b>TOTAL DÍAS</b>
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.			<b>DI</b>	<b>MES</b>	
				<b>A</b>		
				02	05	2019
				3	05	2019
						2
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	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.					
<b>MEDIO DE TRASPORTE:</b>	AUTOBÚS	<input checked="" type="checkbox"/>	VEHICULO OFICIAL	<input type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>
					OTRO	(ESPECIFICAR)

**VIATICOS POR TRASPORTE**

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

**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								
<b>TOTAL POR DIA</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>		<b>\$1,000.00</b>	<b>\$300.00</b>			<b>1300.00</b>
							<b>TOTAL</b>	<b>\$1,300.00</b>

**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**

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




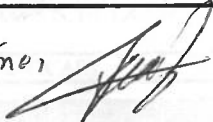




SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
Ciudad del Carmen Campeche

**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
 02 MAY 2019		Lts Pedro Raúl Deib Gómez 
 <b>TRABAJO SOCIAL</b> OFTALMOLOGIA		 L.T.S. YURI MARISOL CASTILLO CÁMARA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL 
<b>TRABAJO SOCIAL</b>		 L.T.S. YURI MARISOL CASTILLO CÁMARA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL 