



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

**TESORERIA**

**FORMATO UNICO DE COMISION**

No **DIFCDC/0021-AMED/2019**

**GENERALIDADES**

<b>SOLICITANTE:</b>	DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA									
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA DE AREA MEDICA									
<b>COMISIONADO:</b>	DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA, DR. EDGAR HERERA MORENO, L.T.S MONICA SUAREZ MANZANARES, CHOFER ROQUE FLORES GUILLEN, CRISTIAN CARBALLO REBOLLEDO									
<b>CARGO COMISIONADO:</b>	COORDINADORA AREA MEDICA									
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	06 DE AGOSTO DEL 2019			<b>FECHA INICIAL</b>		<b>FECHA FINAL</b>		<b>TOTAL, DÍAS</b>		
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			<b>DI A</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DIA</b>		<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
				08	08	19	08	08	19	1
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	3ERA VALORACION MEDICA DE LOS PACIENTES DE LA CAMPAÑA DE MALFORMACIONES OSEAS Y VALORACIONES DE PROTESIS DE RODILLA, ENTREGA DE EXPEDIENTE A LA ABP EN SAN FRANCISCO DE CAMPECHE									
<b>MEDIO DE TRASPORTE:</b>	<input type="checkbox"/> AUTOBÚS	<input type="checkbox"/> VEHICULO OFICIAL	<input type="checkbox"/> AÉREO	<input type="checkbox"/> OTRO	<input checked="" type="checkbox"/> X AUTOBUS DEL AYUNTAMIENTO					

**VIATICOS POR TRASPORTE**

<b>AUTOBUS :</b>	<b>AEREO</b>	<b>VEHICULO:</b>			
<b>IMPORTE</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>PLACA:</b>	<b>COMBUSTIBLE</b>	<b>\$</b>	
	\$	<b>KM. SALIDA:</b>	<b>PEAJE</b>	\$ 700.00	
		<b>KM. REGRESO:</b>	<b>OTROS: TAXI LAVADO DEL AUTOBUS</b>	\$ 300.00	
<b>OTROS</b>	\$		<b>TOTAL</b>	\$ 1,200.00	
<b>OBSERVACIÓN: LA SALIDA ES A LAS 4:00AM EN LAS INSTANCIAS DEL DIF PARA TRASLADAR A 20 PERSONAS A LA CIUDAD DE CAMPECHE</b>					

**VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE**

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	\$	\$	\$	\$ 1100	\$	-----	-----	\$1100
HOSPEDAJE	\$	\$	\$	\$	-----	-----	-----	
TRASPORT. INT	\$	\$	\$	\$ 100	-----	-----	-----	\$100
<b>TOTAL POR DIA</b>	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
							<b>TOTAL</b>	\$1,200.00

**GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO** **\$ 2,400.00**

RECIBI LA CANTIDAD DE \$2,400 PESOS (SON: DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A ( 1 ) DIAS DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

**AUTORIZACION**

 <b>DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA</b> COORDINADORA DE AREA MEDICA	 <b>DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA</b> COORDINADORA DE AREA MEDICA
V.o. B.o.  <b>L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA</b> DIRECTORA DEL DIF CARMEN	<b>AUTORIZO</b>  <b>C.P.A. ROSA GUADALUPE SAENZ RAMIREZ</b> 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/021-AMED/2019**

**CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA**

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
 		