



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

**TESORERIA** **FORMATO UNICO DE COMISION**

No DIFCDC/009-AMED/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.									
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	18 DE JULIO DEL 2019			<b>FECHA INICIAL</b>		<b>FECHA FINAL</b>		<b>TOTAL DÍAS</b>		
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>DIA</b>		<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
				22	07	19	22	07	19	1
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	TRASLADO DE 24 PACIENTES MAS ACOMPAÑANTES INSCRITOS EN LA CAMPAÑA PARA OIRTE MEJOR, ENTREGA DE AUXILIARES AUDITIVOS, EN EL CENTRO DE CONVENCIONES CAMPECHE XXI DE LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.									
<b>MEDIO DE TRASPORTE:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> AUTOBÚS	<input type="checkbox"/> VEHICULO OFICIAL	<input type="checkbox"/> AÉREO	<input type="checkbox"/> OTRO	AUTOBUS.					

**VIATICOS POR TRASPORTE**

<b>AUTOBUS</b>	<b>AEREO</b>	<b>VEHICULO:</b>			
\$		<b>PLACA:</b>		<b>COMBUSTIBLE</b>	
<b>IMPORTE</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>KM. SALIDA:</b>		<b>PEAJE</b>	\$1,000.00
\$	\$	<b>KM. REGRESO:</b>		<b>OTROS (TAXI)</b>	\$ 100.00
<b>OTROS</b>	\$			<b>TOTAL</b>	\$1,100.00
<b>OBSERVACION: TRANSPORTE RENTADO, PARA EL TRASLADO DE PACIENTES.</b>					

**VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE**

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	\$200.00							\$200.00
HOSPEDAJE								
TRANSPORT. INT								
<b>TOTAL POR DIA</b>	\$200.00	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$200.00
							<b>TOTAL</b>	\$ 200.00

**GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO** **\$1,300.00**

RECIBI LA CANTIDAD DE \$1,300.00 PESOS (SON: MIL TRECIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A ( 1 ) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

**AUTORIZACION**

<b>COMISIONADO (A)</b>   <b>L.T.S. MONICA SUAREZ MANZANARES</b> TRABAJADORA SOCIAL V.o. B.o.	<b>COORDINACION Y/O RESPONSABLE</b>   <b>DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA</b> COORDINADORA DE AREA MEDICA  <b>AUTORIZO</b>   <b>C.P.A. ROSA GUADALUPE SAENZ RAMIREZ</b> TESORERA DEL DIF CARMEN
<b>L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA</b> DIRECTORA 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.

*Dra. Verdejo*  
 19/09/2019  
 1:39 p.m.



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

**TESORERIA**

**FORMATO UNICO DE COMISION**

NO. DIFCDC/009-AMED/2019

**CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA**

LUGAR Y SELECCION DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA DEL	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
CAMPECHE ESTADO DE CAMPECHE 24 JUL 2019	22/07/19	LTD Paul Dziel Gomez
<b>RECIBIDO</b> TRABAJO SOCIAL		