



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

**TESORERIA**

**FORMATO UNICO DE COMISION**

No 11

**GENERALIDADES**

<b>SOLICITANTE:</b>	MTRA. ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA						
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA MUNICIPAL DE DISCAPACIDAD						
<b>COMISIONADO:</b>	FABIAN ARMANDO BURELOS HERNANDEZ						
<b>CARGO COMISIONADO:</b>	REHABILITADOR FISICO						
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	19 DE JULIO DE 2019			<b>FECHA INICIAL</b>			<b>FECHA FINAL</b>
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>TOTAL DÍAS</b>
				22	07	19	1
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	ENTREGA DE AUXILIARES AUDITIVOS A PACIENTES BENEFICIADOS						
<b>MEDIO DE TRASPORTE:</b>	AUTOBÚS	VEHICULO OFICIAL	AÉREO	OTRO	(ESPECIFICAR)		

**VIATICOS POR TRASPORTE**

<b>AUTOBUS</b>	<b>AEREO</b>	<b>VEHICULO:</b>			
		<b>PLACA:</b>		<b>COMBUSTIBLE</b>	<b>LTS</b>
<b>IMPORTE</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>KM. SALIDA:</b>		<b>PEAJE</b>	
\$	\$	<b>KM. REGRESO:</b>		<b>OTROS</b>	
<b>OTROS</b>	\$			<b>TOTAL</b>	\$
<b>OBSERVACION:</b>					

**VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE**

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	200							
HOSPEDAJE								
TRASPORT. INT	100							
<b>TOTAL POR DIA</b>	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
							<b>TOTAL</b>	\$300

**GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO**

**\$300.00**

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

**AUTORIZACION**

<b>COMISIONADO (A)</b>	<b>COORDINACION Y/O RESPONSABLE</b>
 FABIAN ARMANDO BURELOS HERNANDEZ REHABILITADOR FISICO V.o. B.o.	 ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA COORDINADORA MUNICIPAL DE DISCAPACIDAD AUTORIZO
L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN	 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 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. 11

**CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA**

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
 <p>ADMINISTRACIÓN DE LA BENEFICENCIA PUBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE</p> <p>22 JUL 2019</p>	<p>22/07/19</p>	<p>115 Pac1 Dcib Corra</p> 
<p><b>RECIBIDO</b> TRABAJO SOCIAL</p>		