



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No **PC/MED. /No10/2019**

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:	20 DE SEPTIEMBRE DEL 2019			FECHA INICIAL			FECHA FINAL	TOTAL DÍAS		
LUGAR DE COMISIÓN:	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.			DI	MES	AÑO	DIA		MES	AÑO
				A						
				20	09	2019	20	09	2019	1
OBJETO DE LA COMISIÓN:	TRASLADO DE 1 PACIENTE Y ACOMPAÑANTE AL HOSPITAL PSIQUIATRICO, DE LA CD. DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.									
MEDIO DE TRASPORTE:	AUTOBÚS	<input checked="" type="checkbox"/>	VEHICULO OFICIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>	OTRO	(ESPECIFICAR)		

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS	AEREO	VEHICULO: TRANSY			
IMPORTE \$		PLACA:CP 89567		COMBUSTIBLE	\$1,500.00
OTROS	IMPORTE	KM. SALIDA:		PEAJE	\$400.00
\$200.00 TAXIS.	\$	KM. REGRESO:		OTROS	
	\$			TOTAL	\$2,100.00
OBSERVACION:					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION				\$	\$400.00			\$490.00
HOSPEDAJE					-----			
TRASPORT. INT								
TOTAL POR DIA	\$	\$			\$400.00			\$400.00
							TOTAL	\$400.00

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$2,500.00

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

AUTORIZACION

COMISIONADO (A) L.T. MONICA SUAREZ MANZANARES V.o.B.o.	COORDINACION Y/O RESPONSABLE DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA 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 COMISION 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.

ÁREA MEDICA

