



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No DIFCDC/002-AMED/2020

GENERALIDADES

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------|--------------------|------------|
| SOLICITANTE: | DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA | | | | | | | | |
| CARGO: | COORDINADORA DE AREA MEDICA | | | | | | | | |
| COMISIONADO: | DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA, DR EDGAR HERRERA MORENO | | | | | | | | |
| CARGO COMISIONADO: | COORDINADORA AREA MEDICA | | | | | | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN: | 12 DE FEBRERO DEL 2020 | | | FECHA INICIAL | | | FECHA FINAL | TOTAL, DÍAS | |
| LUGAR DE COMISIÓN: | SAN FRANCISCO DE CAMPECHE | | | DI | MES | AÑO | DIA | | MES |
| | | | | A | | | | | |
| | | | | 13 | 02 | 20 | 13 | 02 | 20 |
| OBJETO DE LA COMISIÓN: | ENTREGA DE EXPEDIENTES AL DIF ESTATAL DE LA CAMPAÑA DE PROTESIS DE MANO POR EL CLUB ROTARIO, Y MEDIDAS DE PROTESIS, VISITA DE LAS FARMACIAS YZA DEL ESTADO PARA ENTREGA DE ESTAFETA (ISLAGUADA, CHAMPOTON, LERMA, CAMPECHE CON UN TOTAL DE 18 VISITAS DE FARMACIAS) ENTREGAR DOCUMENTACION EN E HOSPITAL DE ESPECIALIDADES | | | | | | | | |
| MEDIO DE TRASPORTE: | AUTOBÚS | VEHICULO OFICIAL | AEREO | OTRO | PARTICULAR | | | | |

VIATICOS POR TRASPORTE

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| AUTOBUS : | AEREO | VEHICULO: TOWN COUNTRY | | | |
| IMPORTE | IMPORTE | PLACA: | COMBUSTIBLE | PEAJE | \$ 1850 |
| | \$ | KM. SALIDA: | OTROS: TAXI | \$ | |
| OTROS | \$ | KM. REGRESO: | TOTAL | \$ 2,200.00 | |
| OBSERVACIÓN: | | | | | |

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

| CONCEPTO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO | TOTALES |
|---------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|--------------|------------------|
| ALIMENTACION | \$ | \$ | \$ | \$ 400 | \$ | \$ | | \$ 400.00 |
| HOSPEDAJE | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | | \$ |
| TRASPORT. INT | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | | \$ |
| TOTAL POR DIA | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | | | | | | | TOTAL | \$ 400.00 |

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$ 2,600.00

RECIBI LA CANTIDAD DE \$ 2,600.00 PESOS (SON: DOS MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (01) DIAS DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

AUTORIZACION

| | |
|--|--|
| DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA COORDINADORA DE AREA MEDICA | DRA. ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA COORDINADORA DE AREA MEDICA |
| V.o. B.o. L.D.G. MARBELLA MAYELA JOSEFINA RANGEL HERRERA DIRECTORA DEL DIF CARMEN | AUTORIZO 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

12/02/2020
 H. 08 A 14

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.




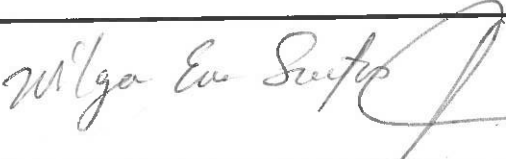


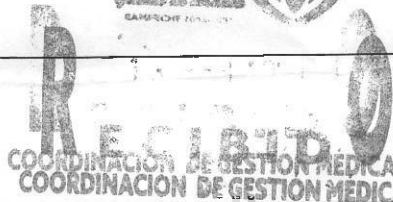
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No. DIFCDC/002-AMED/2020

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

| LUGAR Y SELLO | FECHA Y HORA | NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION |
|--|--------------|--|
|  SIN SEGURIDAD SOCIAL | 13/02/2020 |  |
|  | 13/02/2020 |  |
|  | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |