



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

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

No 28

GENERALIDADES

SOLICITANTE:	ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA								
CARGO:	COORDINADORA MUNICIPAL DE DISCAPACIDAD								
COMISIONADO:	HEIDY GIULIANA JARAMILLO OJEDA, LUIS FELIPE MISS, JOSE MANUEL HERNANDEZ GARCIA								
CARGO COMISIONADO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CHOFER								
FECHA DE EXPEDICIÓN:	11 DE NOVIEMBRE DEL 2020		FECHA INICIAL			FECHA FINAL		TOTAL DÍAS	
LUGAR DE COMISIÓN:	MUNICIPIO DE CHAMPATON		DIA	MES	AÑO	DIA	MES		AÑO
			16	11	2020	20	11	2020	5
OBJETO DE LA COMISIÓN:	CURSO VIDA INDEPENDIENTE								
MEDIO DE TRASPORTE:	AUTOBÚS	VEHICULO OFICIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>	OTRO	(ESPECIFICAR)		

VIATICOS POR TRASPORTE

AUTOBUS	AEREO	VEHICULO: RAM PROMARTER 2500			
		PLACA:	CR65669	COMBUSTIBLE	\$7,000
IMPORTE	IMPORTE	KM. SALIDA:		PEAJE	\$ 320
\$	\$	KM. REGRESO:		OTROS	
OTROS	\$			TOTAL	\$7,320
OBSERVACION:					

VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	500	300	300	300	500			
HOSPEDAJE								
TRANSP. INT	150	100	100	100	150			
TOTAL POR DIA	\$650	\$400	\$400	\$400	\$650	\$	\$	
							TOTAL	\$2,500

GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO

\$9,820

RECIBI LA CANTIDAD DE \$9820 (SON: NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A (5) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

AUTORIZACION

COMISIONADO(A) LIC. HEIDY GIULIANA JARAMILLO OJEDA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	COORDINACIÓN Y/O RESPONSABLE MTRA. ANGELICA OTILIA BARRALES URRIETA COORDINADORA MUNICIPAL DE DISCAPACIDAD
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 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.

Duplicado
12/11/2020
10:59 AM



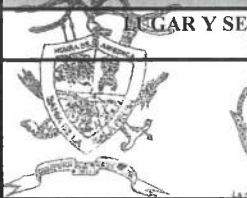




















SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Ciudad del Carmen Campeche

TESORERIA

FORMATO UNICO DE COMISION

NO. 29

CERTIFICACION DE ESTANCIA Y PERMANENCIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFIA DE CERTIFICACION
 	16/11/2020	
 	17/11/2020	
 	18/11/2020	
 	19/11/2020	
 	20/11/2020	
 		
 		
 		

COORDINACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL Y MÉDICA