



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

**TESORERIA**

**FORMATO UNICO DE COMISION**

No **DIFCDC/016-AMED/2021**

**GENERALIDADES**

<b>SOLICITANTE:</b>	DRA ADRIANA STEPHANIE VERDEJO ARROCHA.						
<b>CARGO:</b>	COORDINADORA DE AREA MÉDICA.						
<b>COMISIONADO:</b>	DR. EDGAR HERRERA MORENO, L.T.S. MONICA SUAREZ MANZANARES, Y C. JOSE MANUEL HERNANDEZ GARCIA						
<b>CARGO COMISIONADO:</b>	MEDICO DE AREA MEDICA, TRABAJO SOCIAL, Y CHOFER.						
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b>	04 DE MAYO DEL 2021			<b>FECHA INICIAL</b>			<b>FECHA FINAL</b>
<b>LUGAR DE COMISIÓN:</b>	SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			<b>DI A</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>TOTAL DÍAS</b>
				12	05	21	4
<b>OBJETO DE LA COMISIÓN:</b>	TRASLADO DE 4 PACIENTES MAS ACOMPAÑANTES INSCRITOS EN LA CAMPAÑA LABIO Y PALADAR HENDIDO 2021, PARA VALORACION Y PROBABLES A CIRUGIAS ENM EL HOSPITAL DR. JAVIER BUENFIL OSORIO DE LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.						
<b>MEDIO DE TRASPORTE:</b>	AUTOBÚS	VEHICULO OFICIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AÉREO	<input type="checkbox"/>	OTRO	AUTOBUS.

**VIATICOS POR TRASPORTE**

<b>AUTOBUS</b>	<b>AEREO</b>	<b>VEHICULO: FIAT DUCATO</b>			
\$		<b>PLACA:</b>		<b>COMBUSTIBLE</b>	\$1,200.00
<b>IMPORTE</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>KM. SALIDA:</b>		<b>PEAJE</b>	\$ 400.00
\$	\$	<b>KM. REGRESO:</b>		<b>OTROS (TAXI)</b>	\$ 200.00
<b>OTROS</b>	\$			<b>TOTAL</b>	\$ 1,800.00
<b>OBSERVACION:</b>					

**VIATICOS POR ALIMENTACION Y HOSPEDAJE**

CONCEPTO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	TOTALES
ALIMENTACION	\$		\$900.00	\$600.00	\$600.00	\$600.00		\$2,700.00
HOSPEDAJE			\$800.00	\$800.00	\$800.00	.....		\$2,400.00
TRANSPORT. INT			\$100.00	\$100.00	\$100.00	\$100.00		\$400.00
<b>TOTAL POR DIA</b>	\$	\$	\$1,800.00	\$1,500.00	\$1,500.00	\$700.00	\$	\$5,500.00
						<b>TOTAL</b>	\$	\$

**GRAN TOTAL DE VIATICOS SOLICITADO**

**\$7,300.00**

RECIBI LA CANTIDAD DE \$7,300.00 PESOS (SON:SIETE MIL TRECIENTOS PESOS 00/100 M.N.) CORRESPONDIENTES A ( 4 ) DIA DE VIATICOS PARA EL DESEMPEÑO DE ESTA COMISION.

**AUTORIZACION**

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

*Handwritten signature and date:*  
 12:56 PM  
 09/05/21