

LUGAR Y FECHA: **CD. VALLES, S.L.P. 15 DE NOVIEMBRE DEL 2017**

NOMBRE: **MAGALY IBETH MARTÍNEZ RIVERA** R.F.C.: **MARM8201291CA**

CATEGORIA O FUNCION: **PSICÓLOGA** CLAVE: **MO2015**

ADSCRIPCION: **JURISDICCION SANITARIA NO. V** RESIDENCIA: **CD VALLES**

DIRECCION: **COORDINACION DE EPIDEMIOLOGÍA** DEPARTAMENTO: **CAPASITS**

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: **EL NARANJO, S.L.P.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **17 DE NOVIEMBRE** AL **17 DE NOVIEMBRE** DEL **2017**

OBJETIVO DE LA COMISION: **SE ACUDE A OTORGAR CONSEJERIA SOBRE VIH E ITS, ASI COMO ENTREGA DE RESULTADOS.**

MEDIO DE TRANSPORTE: **OFICIAL** N° ECONOMICO: **942**

INDIQUE LA CANTIDADES Y/O IMPORTES EN LAS PARTIDAS CORRESPONDIENTES AL TIPO DE COMISION:

LABORES DE CAMPO O SUPERVISION	NACIONAL PARA FUNCIONES OFICIALES	DESASTRES NATURALES	EXTRANJERO PARA FUNCIONES OFICIALES
37201 PASAJES	37204 PASAJES	37203 PASAJES	37206 PASAJES
37501 VIATICOS	37504 VIATICOS	37503 VIATICOS	37502 VIATICOS
37501 G.CAMINO 1	37504 G.CAMINO	37503 G.CAMINO	37602 G.CAMINO
37901 VIATICOS	26103 COMBS.	26102 COMBS.	26102 COMBS.
37901 G. CAMINO	39202 CASSETAS	39202 CASSETAS	39202 CASSETAS
26102 COMBS.			
39202 CASSETAS			

INDIQUE LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO: **FASSA C 2017**

=AUTORIZACION DE GASTOS=

PROGRAMA: **SIDA** ACCION: **657** CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____

SUBPROGRAMA: **2** PROYECTO: _____ DIAS A PAGAR: **1**

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO SOLICITANTE: **DRA. ERIKA MARIA HERRERA TOLEDO** Nombre y Firma

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA: **DR. FRANCISCO ADRIAN CASTILLO MORALES** Nombre y Firma

=MINISTRACION DE GASTOS=

CD. VALLES, S.L.P.

IMPORTE DE VIATICOS Y/O GASTOS DE CAMINO: 154.00	Viaticos 540.00	AUTORIZACIONES ESPECIALES
PASAJES:	Gastos de Camino 154.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION OPERADO ()
GASOLINA:		PRORROGA DE COMISION CON ()
CASSETAS:		NUM. DE DIAS FASSA ()
CUOTAS DE TRANSPORTACION:		COMISIONES MAYORES A 90 DIAS 2017 ()
VIAJE AL EXTRANJERO:		A LUGARES DONDE NO EXISTE OPERADO ()
OTROS:		AUTORIDAD SANITARIA CON ()
IMPORTE TOTAL: 154.00		ARREND.DE VEHICULO O SEMOVIENTE ()
		USO DE VEHICULO PARTICULAR ()

24/11/2017

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ARRIBA SEÑALADA QUE COMPROBARE EN UN PLAZO NO MAYOR A LA FECHA

MAGALY IBETH MARTÍNEZ RIVERA

NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

AREA SOLICITANTE: _____

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR): _____

ING. EDGAR MEDINA TREVIÑO

AL PRESENTARSE ESTE DOCUMENTO PARA SU LIQUIDACION DEBERAN ANEXAR LOS COMPROBANTES RESPECTIVOS

NO ES VALIDO SI PRESENTA TACAS, RAYAS O ENMENDADURAS

FORMA DE SERVICIO DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECCIÓN: SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI
SUBDIRECCIÓN: JURISDICCION V
DEPARTAMENTO: CAPASITS VALLES

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: MAGALI IBETH MARTINEZ RIVERA

No: Oficio 31 FECHA: 28 DE NOVIEMBRE DEL 2017

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL 17 AL 17 DE NOVIEMBRE 2017

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	SE ACUDE AL MUNICIPIO DE EL NARANJO, S.L.P., PARA OTORGAR CONSEJERÍA
2.-	DE VIH A TSC DE ESE MUNICIPIO
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO


MAGALI IBETH MARTINEZ RIVERA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO


DRA.ERIKA MARIA HERRERA TOLEDO
DIRECTORA CAPASITS