

LUGAR Y FECHA: CIUDAD VALLES S.L.P. A 15 DE NOVIEMBRE DEL 2017

NOMBRE: VICTOR MANUEL DELGADO OCHOA R.F.C: DEOV600303TJO

CATEGORIA O FUNCION: PROMOTOR CLAVE: CF4103

ADSCRIPCION: JURISDICCION SANITARIA NO. V RESIDENCIA: CD VALLES

DIRECCION: COORDINACION DE EPIDEMIOLOGIA 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 TRASLADAR A PERSONAL

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	37602 VIATICOS
37501 G.CAMINO	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: 2 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



IMPORTE DE VIATICOS Y/O GASTOS DE CAMINO: 154.00

PASAJES: _____

GASOLINA: _____

CASSETAS: _____

CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____

VIAJE AL EXTRANJERO: _____

OTROS: _____

IMPORTE TOTAL: 154.00

AUTORIZACIONES ESPECIALES

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION: 540.00

GASTOS DE CAMINO: 154.00

PRORROGA DE COMISION NUM. DE DIAS: _____

COMISIONES MAYORES A 90 DIAS: _____

A LUGARES DONDE NO EXISTE: _____

AUTORIDAD SANITARIA: ()

ARREND DE VEHICULO O SEMOVIENTE: ()

USO DE VEHICULO PARTICULAR: ()

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

24/11/2017

VICTOR MANUEL DELGADO OCHOA

NOMBRE Y FIRMA

RECIBI PARA TRANSFERENCIA

OPERADO CON FASSA 2017

OBSERVACIONES: EL CONCEPTO CORRECTO A PAGAR ES 1 GASTO DE CAMINO

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

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI

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

REPORTE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: VICTOR MANUEL DELGADO OCHOA

No: Oficio 32 FECHA: 17 DE NOVIEMBRE DEL 2017

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

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	ACTIVIDAD
1.-	SE ACUDE A TRASLADO DE PERSONAL AL NARANJO, S.L.P.
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	
9.-	
10.-	
11.-	
12.-	
Observaciones:	

NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

VICTOR MANUEL DELGADO OCHOA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. ERIKA MARIA HERRERA TOLEDO
DIRECTORA CAPASITS