

LUGAR Y FECHA: **CD. VALLES, S.L.P. 05 DE DICIEMBRE 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: **EBANO, S.L.P.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **8 DE DICIEMBRE** AL **8 DE DICIEMBRE** DEL **2017**

OBJETIVO DE LA COMISION: **SE ACUDE A IMPARTIR PLATICAS DE VIH E ITS**

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** ACCIÓN: **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)

=MINISTRACION DE GASTOS=

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

15/12/2017

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

MAGALY IBETH MARTINEZ RIVERA (Nombre y Firma)

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

AREA SOLICITANTE: _____

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

ING. EDGAR MEDINA TREVIÑO (Nombre y Firma)

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

NO ES VALIDO SI PRESENTA TUCHO DUEÑO O CUALQUIER ALIENACION

RECIBI PARA TRANSFERENCIA

OPERADO CON FASSA 2017

SERVICIOS DE SALUD DE LOS MUNICIPIOS

DIRECCIÓN: _____ Servicios de salud de _____

SUBDIRECCIÓN: _____ Jurisdicción Sanitaria _____

DEPARTAMENTO: _____ CAPASITS, CD. VALLE _____

REPORTE DE ACTIVIDADES DE _____ LA COMISIÓN

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ Magali _____

No: Oficio _____ 34 FECHA: _____

PERIODO DE LA COMISIÓN: DEL _____ 08-dic-17

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.		
1.-	Se acude al mpio. de Lib. - S.U.F	tró los resultados
2.-	de las pruebas rápidas y ef-	
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		
9.-		
10.-		
11.-		
12.-		

lic. en p

Dra F