



**GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VIÁTICOS**

NÚMERO: UNSIS/UNSI/0599/2015  
CLAVE PRESUPUESTARIA: 444001100000001411374EAAF0214  
DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DE LA SIERRA SUR

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 06/08/2015

NOMBRE DEL COMISIONADO: LAURA ISABEL HERNANDEZ ARZOLA      CATEGORÍA: ASOCIADO C - UNSIS - 4AE0006  
ADSCRITO A LA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA      LUGAR DE COMISIÓN: MEXICO D.F.  
REGIÓN: D.F. Y OTROS ESTADOS  
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASISTIR AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA AL LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO, DONDE SE ENTREVISTARÁ CON EL DR. ROLANDO F. ORDENANDE PRESENTARSE CON: PERSONAL RESPONSABLE  
OTROS LUGARES: MEXICO, D.F.  
PERÍODO DEL: 07/08/2015 AL 07/08/2015      CUOTA DIARIA: \$270.00 (DOSCIENTOS SETENTA PESOS 00/100 M.N.)  
MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL ( )      PLACAS DEL VEHÍCULO:      AUTOBUS( )      OTRO (X)  
ESPECIFIQUE: TRANSPORTE PÚBLICO



SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

*210999*

L.C.E. ERICK ALEXANDER CHOYA VALENCIA  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

Mexico, Distrito Federal      a 07 de Agosto      de 2015

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 07/08/2015 AL 07/08/2015.



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

★ 07/08/2015 ★

**SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN MEDICA**

SELLO

*Juan Rolando Rivera Gonzalez*  
**Jefe del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.**  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD, TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

NOTA: EN CASO DE VISITAR DOS O MAS LUGARES UTILIZAR EL REVERSO CON LOS MISMOS DATOS DE ESTA CONSTANCIA.

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

**RECIBO OFICIAL**

NUMERO: UNSIS/UNSI/0599/2015  
FECHA: 06/08/2015

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$270.00 (DOSCIENTOS SETENTA PESOS 00/100 M.N.) POR CONCEPTO DE 1 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

*[Signature]*

HEAL8210031A8

LAURA ISABEL HERNANDEZ ARZOLA  
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Signature]*

L.C.E. ERICK ALEXANDER CHOYA VALENCIA  
RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

DR. MODESTO SEARA VAZQUEZ  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD