



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

NÚMERO: UNSIS/UNSI/0086/2016

CLAVE PRESUPUESTARIA: 546001

DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DE LA SIERRA SUR

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 08/02/2016

NOMBRE DEL COMISIONADO: ELISEO GABRIEL JIMENEZ CORTES

CATEGORÍA: ASOCIADO A - UNSIS - 4AE0004

ADSCRITO A LA: LICENCIATURA DE ENFERMERIA

LUGAR DE COMISIÓN: SAN ANDRES PAXTLAN

REGIÓN: SIERRA SUR

OBJETO DE LA COMISIÓN: PRESENTARME EN DIFERENTES CENTROS DE SALUD DE DIFERENTES MUNICIPIOS, PARA PRESENTAR A LOS ALUMNOS CON LAS AUTORIDADES PARA INICIAR CON ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: PERSONAL RESPONSABLE

OTROS LUGARES: SAN ANDRES PAXTLAN, SAN MIGUEL SUCHIXTEPEC, SAN SEBASTIAN RIO HONDO, SAN MATEO RIO HONDO Y SANTA LUCIA MIAHUATLAN

PERÍODO DEL: 09/02/2016 AL 09/02/2016 CUOTA DIARIA: \$270.00 (DOSCIENTOS SETENTA PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO: TOYOTA HILUX PLACAS: RX33616

AUTOBUS()

OTRO ()

ESPECIFIQUE:



SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

*C303*

L.C.E. ERICK ALEXIS OCHOA VALENCIA  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

San Miguel Suchixtepec A 09 de Febrero DE 2016

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 09/02/2016 AL 09/02/2016



SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA  
ADMINISTRACION SANITARIA No. 1  
CENTRO DE SALUD DE  
SAN MIGUEL SUCHIXTEPEC  
MIAHUATLAN, OAXACA

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

*EWF Yaravid Jimenez Timoteo*  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBO OFICIAL**

NUMERO: UNSIS/UNSI/0086/2016

FECHA: 08/02/2016

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]*  
JICE8900144C7

ELISEO GABRIEL JIMENEZ CORTES  
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Signature]*

L.C.E. ERICK ALEXIS OCHOA VALENCIA  
RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

DR. MODESTO SEARA VAZQUEZ  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD