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

NÚMERO: UNSIS/UNSIS/0661/2017
CLAVE PRESUPUESTARIA: 546001
DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DE LA SIERRA SUR

## AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 14/07/2017

NOMBRE DEL COMISIONADO: CARMELA CORTEZ GONSALEZ
CATEGORÍA: ASOCIADO B - UNSIS - 4AE0005
ADSCRITO A LA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA
LUGAR DE COMISIÓN: OAXACA DE JUAREZ
REGIÓN: VALLES CENTRALES
OBJETO DE LA COMISIÓN: PRESENTARME EN EL HOSPITAL REGIONAL "PRESIDENTE JUAREZ" DEL ISSSTE PARA ASISTIR A LA EVALUACIÓN DE LA PRACTICA ENFERMERÍA DE CUIDADOS INT
ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: PERSONAL RESPONSABLE
OTROS LUGARES: N/A
PERIÓDO DEL: 31/07/2017 AL 31/07/2017 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

Universidad de la Sierra Sur UNSIS VICE-RECTORÍA DE ADMINISTRACIÓN

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
REQUISITAR SIN DESPRENDER

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

## CONSTANCIA DE COMISIÓN

Oaxaca de Juarez A 31 de Julio DE 2017

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 31-07-17 AL 31-07-17

I.S.S.S.T.E. HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE JUAREZ
31 JUL 2017
JEFATURA DE ENSEÑANZA ENFERMERIA

SELLO

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/UNSIS/0661/2017
FECHA: 14/07/2017

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 |
|---|---|---|
| COGC831229IV3 | | |
| CARMELA CORTEZ GONSALEZ | L.C.E. ERICK ALEXIS OCHOA VALENCIA | DR. MODESTO SEARA VAZQUEZ |
| NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO | RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA | TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |

*ESTE FORMATO NO TENDRA VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS*