

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

NÚMERO: UNSIS/UNSI/0514/2018

CLAVE PRESUPUESTARIA: 546001

DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DE LA SIERRA SUR

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 06/07/2018

NOMBRE DEL COMISIONADO: GISELA MAYRA BUSTAMANTE RAMOS

CATEGORÍA: ASOCIADO A - UNSIS - 4AE0004

ADSCRITO A LA: VICE-RECTORIA ACADÉMICA

LUGAR DE COMISIÓN: OAXACA DE JUAREZ

REGIÓN: VALLES CENTRALES

OBJETO DE LA COMISIÓN: ASISTIR A LAS ORIENTACIONES CLÍNICAS Y SUPERVISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA AL HOSPITAL CS. AYOQUEZCO DE ALDAMA.

ORDENÁNDOLE PRESENTARSE CON: PERSONAL RESPONSABLE

OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 09/07/2018 AL 09/07/2018 CUOTA DIARIA: \$300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL ( ) PLACAS DEL VEHICULO: AUTOBUS( ) OTRO (X)

ESPECIFIQUE: TRANSPORTE PÚBLICO



*cle 299  
C-2702  
\$300.00*

*[Signature]*  
L.C.E. ERICK ALEXIS ORTEGA VALENCIA  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

*San Bartolo Coyotepec, Oaxaca* a *09* de *Julio* DE *2018*.

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL *09* de *Julio* AL *09* de *Julio* 2018.



Gobierno del Estado

**SALUD**

Secretaría de Salud  
Servicios de Salud de Oaxaca  
Hospital Psiquiátrico  
"Cruz del Sur"

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

*LE Olga Maria Morales Mtz.  
Coordinación de Enseñanza de Eul.  
Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"*

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBO OFICIAL**

NUMERO: UNSIS/UNSI/0514/2018

FECHA: 06/07/2018

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$300.00 (TRESCIENTOS 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]*  
BURG880205AW7

GISELA MAYRA BUSTAMANTE RAMOS  
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Signature]*  
L.C.E. ERICK ALEXIS ORTEGA VALENCIA  
RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

DR. MODESTO SEARA VAZQUEZ  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD