



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

NÚMERO: /UNISTMO/0086/2022  
CLAVE PRESUPUESTARIA: UNIVERSIDAD DEL ISTMO  
DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DEL ISTMO

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

NOMBRE DEL COMISIONADO: LIC.MEILY CASTRO LOPEZ

CATEGORÍA: PROFESOR INVESTIGADOR ASOCIADO B - CONTRATO - 1047

FECHA: 02/08/2022

ADSCRITO A LA: ACADEMICO

LUGAR DE COMISIÓN: VARIOS (VALLES CENTRALES)

REGIÓN: VALLES CENTRALES

OBJETO DE LA COMISIÓN: ENTREGA DE EXPEDIENTES DE SERVICIO SOCIAL DE ENFERMERIA EN LA SSO OAXACA.

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: ENCARGADO

OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 03/08/2022 AL 03/08/2022 CUOTA DIARIA: \$300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO: TOYOTA RX 72810

AUTOBUS()

OTRO ()

ESPECIFIQUE:

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

M.A. OSCAR CORTES OLIVARES  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

Oaxaca de Juárez, Oaxaca A 03/08/2022 DE \_\_\_\_\_

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 03/08/2022 AL 03/08/2022



Servicios de Salud de Oaxaca  
Dirección de Enseñanza y Calidad  
Unidad de Enseñanza, Educación e  
Investigación en Salud  
Departamento de Enseñanza

SELLO

**OPERADO**  
**1000 SUBSIDIOS FEDERALES PARA**  
**ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS**  
**ESTATALES**  
**2022**

*Julianna Angélica Vargas Rodríguez*  
Coord. de Promoción Social de la Dependencia

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: /UNISTMO/0086/2022

FECHA: 02/08/2022

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]*  
CALM921126C14

LIC.MEILY CASTRO LOPEZ

NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD