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

NÚMERO: /UNISTMO/0097/2022
CLAVE PRESUPUESTARIA: UNIVERSIDAD DEL ISTMO
DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DEL ISTMO

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 25/08/2022

NOMBRE DEL COMISIONADO: M.C.E. JAIME ALEJO SANDOVAL
CATEGORÍA: PROFESOR INVESTIGADOR ASOCIADO B - BASE - 4AD020
ADSCRITO A LA: VICE RECTORIA ACADEMICA
LUGAR DE COMISIÓN: VARIOS (VALLES CENTRALES)
REGIÓN: VALLES CENTRALES
OBJETO DE LA COMISIÓN: ACUDIR A LA INDUCCIÓN DE CAMPO CLÍNICO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE OAXACA, OAX.
ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: ENCARGADO
OTROS LUGARES: N/A
PERIÓDO DEL: 29/08/2022 AL 29/08/2022 CUOTA DIARIA: $300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)
MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL () PLACAS DEL VEHÍCULO: AUTOBUS(X) OTRO ()
ESPECIFIQUE: SERVICIO PUBLICO

UNIVERSIDAD DEL ISTMO
UNISTMO
VICE-RECTORIA DE ADMINISTRACION

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

Reyes Mantecón, Oaxaca A 29 de agosto DE 2022

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 29 de agosto AL 29 de agosto

Gobierno del Estado
SALUD
Secretaría de Salud
Servicios de Salud de Oaxaca
Hospital Psiquiatrico "Cruz del Sur"
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

SELLO

LE Olga María Morales Martínez
Coord. de Enseñanza de Enfermería
Hospital Psiquiátrico "Cruz del Sur"

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/0097/2022
FECHA: 25/08/2022

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

AESJ9212168P6
M.C.E. JAIME ALEJO SANDOVAL
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