



f-3602  
e/e-301  
e-69 sept.

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

NÚMERO: /abrev/1293/2017  
CLAVE PRESUPUESTARIA: 14069-144  
DEPENDENCIA O ENTIDAD:

## AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 07/09/2017

NOMBRE DEL COMISIONADO: ROSA ISABEL AVILA RUIZ  
ADSCRITO A LA: VICERECTORIA ACADEMICA  
REGIÓN: D.F. Y OTROS ESTADOS  
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASISTIR AL CIERRE DE PRACTICAS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA  
ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: .  
OTROS LUGARES: N/A  
PERÍODO DEL: 08/09/2017 AL 09/09/2017 CUOTA DIARIA: \$270.00 (DOSCIENTOS SETENTA PESOS 00/100 M.N.)  
MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL ( ) PLACAS DEL VEHÍCULO: AUTOBUS(X) OTRO ( )  
ESPECIFIQUE: .



*[Signature]*  
Responsable  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

## CONSTANCIA DE COMISIÓN

Vice-Rectoría Administrativa: Ciudad de México A 8 de September DE 2017  
Campus Puerto Escondido: 8 de septiembre AL 8 de septiembre

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 8 de septiembre AL 8 de septiembre

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"Dr. Juan N. Navarro"  
NOMBRE: 08 SEP 2017 HORA:

*[Signature]*  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBIDO**  
SELLO  
DIVISION DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION  
NOTA: EN CASO DE VISITAR DOS O MAS LUGARES UTILIZAR EL REVERSO CON LOS MISMOS DATOS DE ESTA CONSTANCIA.  
DESPRENDER AQUI

## RECIBO OFICIAL

NUMERO: /abrev/1293/2017  
FECHA: 07/09/2017

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$270.00 (QUINIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N.)  
POR CONCEPTO DE 2 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

*[Signature]*  
AIRR821008170  
ROSA ISABEL AVILA RUIZ  
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Signature]*  
RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

*[Signature]*  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

+2,493.9