



SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO
FORMATO DE COMISIÓN



FOLIO:
DP-DG-044-24

COMISIONADO:
MTRO. OMAR J. GONZÁLEZ BARBERENA

ADSCRIPCIÓN:
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

LUGAR Y FECHA:
DURANGO, DGO. AL 06 DE NOVIEMBRE DEL 2024

NIVEL:
DIRECTOR DE PLANEACIÓN

LUGAR DE LA COMISIÓN:
GÓMEZ PALACIO, DGO.

PERIODO DE LA COMISIÓN:

Número de días: 1 Del: 07 DE NOVIEMBRE DEL 2024 AI: 07 DE NOVIEMBRE DEL 2024

MOTIVO DE LA COMISIÓN:
SUPERVISIÓN AL BLOQUE ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL DE GÓMEZ PALACIO.

MEDIO DE TRASPORTE:

TERRESTRE
X AÉREO

GASTOS OPERATIVOS PARA LABORES DE CAMPO

CONSTANCIA DE PERMANENCIA	DESCRIPCIÓN	DÍAS	FECHA	TARIFA	IMPORTE
	SIN PERNOCTAR	1	07/NOVIEMBRE/2024	\$ 689.00	\$ 689.00
	PERNOCTANDO				
	CUOTAS DE AUTOPISTA				
	COMBUSTIBLE				
	TRASPORTE LOCAL				
	REMUDAS				
	GAS				
TOTAL, DE RECURSOS OTORGADOS:					\$689.00

EL BENEFICIO OBTENIDO SE EVALUARÁ MEDIANTE:

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN	INFORME	OTRO		
DEPOSITO	CHEQUE	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	SOLICITUD INTERNA	FECHA LIMITE DE COMPROBACIÓN

CUENTA BANCARIA

CUENTA CONTABLE

Recibí de los SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO por concepto de Gasto de Operación la cantidad de \$ 689.00

Cantidad con letra: SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 00/100 M.N.

Y declaro bajo protesta de decir verdad, que los recursos recibidos en custodia serán utilizados exclusivamente para el desempeño de la comisión conferida, con la obligación de justificar, comprobar o en su caso, reintegrar los mismos en un término de 5 días hábiles posteriores al cumplimiento de ésta, siendo concernientes de la responsabilidad establecida en el artículo 47 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y de los Municipios.

JEFE INMEDIATO	SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO	AUTORIZACIÓN O Vo.Bo.
MTRO. OMAR J. GONZÁLEZ BARBERENA DIRECTOR DE PLANEACIÓN.	MTRO. OMAR J. GONZÁLEZ BARBERENA. DIRECTOR DE PLANEACIÓN	C.P. ALBA CAROLINA CHAPARRO AGUIRRE DIRECTORA ADMINISTRATIVA

REQUISITOS DE LA COMPROBACIÓN:

- A) LOS COMPROBANTES DEBERÁN SER ORIGINALES Y CONTENER LA FIRMA AUTÓGRAFA.
 - B) DEBERÁN SER LLENADOS POR QUIEN LOS EXPIDE.
 - C) NO DEBERÁN TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS.
 - D) DEBERÁ ENTREGAR EVIDENCIA DE PERMANENCIA (PLIEGO SELLADO Y/O CONSTANCIA DE PERMANENCIA).
 - E) DEBERÁN SER EXPEDIDOS A NOMBRE DE: SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, CUAUHTÉMOC #225 NTE., ZONA CENTRO, C.P. 34000
- R.F.C. SSD-960927-CR4 ** SI NO SE CUMPLE CON ALGUNO DE LOS REQUISITOS, SE REGRESARÁ LA DOCUMENTACIÓN



SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO



FOR-DA-008

DESGLOSE DE GASTOS

Relación que manifiesta las facturas que amparan la comprobación de los gastos efectuados por el C. MTRO. OMAR GONZALEZ BARBERENA 689.00
son: SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 00/100 M.N.

Table with 5 columns: Fecha, No. de Factura, Razón Social, Concepto, Importe. Includes rows for 07-sep-24 and 07-nov-24, and a TOTAL row.

Summary table with columns: VIÁTICOS, PARTIDA, IMPORTE. Includes categories like HOSPEDAJE Y/O ALIMENTACIÓN, GASTOS DE TRANSPORTACIÓN, and a final TOTAL row.

COMPRUEBA: MTRO. OMAR GONZALEZ BARBERENA

FECHA:19-NOV-24

Vo. Bo. TITULAR DE LA DEPENDENCIA

Handwritten signature and stamp area with text 'Vo. Bo. JEFE INMEDIATO'.