

# RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO

## FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN

1644

947

### GENERALIDADES

C. <u>Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz</u>		<b>No. DE FOLIO:</b>	
ADSCRIPCIÓN: <u>Dirección de Afiliación y Promoción</u>		<u>947 / 18</u>	
FILIACIÓN: _____		<b>FECHA:</b>	
PUESTO: <u>Soporte Administrativo D</u>		DIA	MES
CLAVE/CATEGORÍA: <u>CF40001</u>		24	10
RESIDENCIA: <u>Cuerpo de Gobierno Región 7 Autlán</u>		AÑO	
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: <u>Cihuahua</u>		2018	
PERÍODO DURANTE: <u>1</u> DÍAS, DEL: <u>25 de Octubre</u> AL <u>25 de Octubre</u> DEL <u>2018</u>			
DESTINO: NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> INTERNACIONAL <input type="checkbox"/>			
MOTIVO DE LA COMISIÓN: <u>Llevar nomina para recabar firma, Revision de guipo de computo</u>			
MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE: AUTOBÚS <input type="checkbox"/> VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> AEREO <input type="checkbox"/>			
TIEMPO DE COMISION: HORA DE SALIDA <u>7:30 hrs</u> HORAS DE TRASLADO <u>5</u> HORA DE REGRESO <u>16:30 hrs</u>			

### VIATICOS

LUGARES Y PERÍODOS DE COMISIÓN		TARIFA	CUOTA DIARIA	DÍAS	IMPORTE
<u>25/10/18 Desayuno, Comida</u>		<u>U.Cora Jal</u>	<u>771.65</u>	<u>1</u>	<u>0.00</u>
				<u>Total</u>	<u>0.00</u>

DOCUMENTOS DE REFERENCIA						EVALUACIÓN
AÑO 2018						DOCUMENTOS DE RESPALDO  <input type="checkbox"/> ACTAS CIRCUNSTANCIADAS <input type="checkbox"/> DIPLOMAS; O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN: <input type="checkbox"/> PROGRAMAS DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> INFORME DE LA COMISIÓN: <input type="checkbox"/> OTROS: _____
CENTRO DE RESP.	FECHA DEL DOCTO.	PROY.	PROG.	SUB.P. ROG.	SUB. SUB.PR OG.	
<u>940</u>	<u>24/10/18</u>	<u>06</u>	<u>02</u>	<u>0</u>	<u>00F</u>	
PARTIDA		FOLIO		IMPORTE		
<u>37501</u>				<u>230</u>		


### PASAJES

VIAJE REDONDO: <input type="checkbox"/> DE: _____	<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>					
ESPECIFICACIONES	AÑO 2018					
	CENTRO DE RESP.	FECHA DEL DOCTO.	PROY.	PROG.	SUB. PRO G.	SUB. SUB. PROG.
			<u>06</u>	<u>02</u>	<u>0</u>	<u>00F</u>
	PARTIDA		FOLIO		IMPORTE	


DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.


<b>RESPONSABLE DE LA COMISIÓN</b>  DR. HÉCTOR RAÚL MALDONADO HERNÁNDEZ DIRECTOR GENERAL DEL OPD REPSS DE JALISCO	<b>EL BENEFICIARIO</b>  Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz	<b>COORDINADOR DE LA COMISION</b>  DR. CARLOS ELISEO CARVAJAL GABEZA DE VACA DIRECTOR DE AFILIACIÓN Y PROMOCIÓN DEL OPD REPSS DE JALISCO
---	---	---


# CERTIFICACIÓN DE TRÁNSITO Y PERMANENCIA POR DIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	PERNOCTAR	ALIMENTO	LUGAR DE COMISION Y NOMBRE, FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACIÓN	
 <b>Secretaría de Salud</b> GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  <b>HOSPITAL COMUNITARIO CIHUATLAN</b> JURISDICCION SANITARIA VII AUTLAN MUNICIPIO DE CIHUATLAN	25/10/18 7:30	No	Desayuno		
	SALIDA LUGAR DE ADSCRIPCION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	25-10-18 10:00	No		Cihuatlan LIC. OSCAR CELIA FARIAS ROMERO COORDINADORA ADMINISTRATIVA HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO CIHUATLAN REGION SANITARIA VII	
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	25-10-18 14:00				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
FECHAY HORA DE LLEGADA A LUGAR DE ADSCRIPCION	25/10/18 16:30	No	Comida	<b>CARGOS</b>	<b>ABONOS</b>
ANTICIPO DE VIÁTICOS				0.00	230.00
ANTICIPO DE PASAJES					
CERTIFICACIÓN DE TRÁNSITO Y PERMANENCIA POR: DÍAS					
COMPROBANTES DE PASAJES					
COMPROBANTE POR USO DE VEHÍCULO PROPIO					
COMPROBANTE DE COSTO DE TRASLADO					
<b>SUMAS</b>				0.00	230.00
<b>TOTAL</b>				230.00	

ELABORÓ  
  
 LIC. KARINA ALEJANDRA JIMENEZ HERNÁNDEZ

REVISÓ  
  
 LIC. MOISÉS DANIEL GÓMEZ URZÚA

CONFORME RESULTADO LIQUIDACION  
  
 Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz  
 FIRMA AUTÓGRAFA EMPLEADO COMISIONADO

AUTORIZACIÓN PAGO DE SALDO  
  
 LIC. JOSÉ A. AMAYA SANTAMARÍA

RECIBÍLA CANTIDAD DE \$ 23000 (D osientos treinta mil pesos 00/100 M.N.)

EL DÍA 6 DE Noviembre DEL 2018

POR CONCEPTO DE SALDO A MI FAVOR COMO RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN

Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz



# RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DE JALISCO

## FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN

### GENERALIDADES

C. <u>Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz</u>		<b>No. DE FOLIO:</b>	
ADSCRIPCIÓN: <u>Dirección de Afiliación y Promoción</u>		<u>947718</u>	
FILIACIÓN: _____		<b>FECHA:</b>	
PUESTO: <u>Soporte Administrativo D</u>		DÍA	MES
CLAVE/CATEGORÍA: <u>CF40001</u>		<u>24</u>	<u>10</u>
RESIDENCIA: <u>Cuerpo de Gobierno Región 7 Autlán</u>		AÑO	
COMISIONADO AL ESTADO/PAÍS DE: <u>Cihuatlan</u>		<u>2018</u>	
PERÍODO DURANTE: <u>1</u> DÍAS, DEL: <u>25 de Octubre</u> AL <u>25 de Octubre</u> DEL <u>2018</u>			
DESTINO: NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> INTERNACIONAL <input type="checkbox"/>			
MOTIVO DE LA COMISIÓN: <u>Llevar nomina para recabar firma, Revision de quipo de computo</u>			
MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE: AUTOBÚS <input type="checkbox"/> VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> AEREO <input type="checkbox"/>			
TIEMPO DE COMISION: _____ HORA DE SALIDA <u>7:30 hrs</u> HORAS DE TRASLADO <u>5</u> HORA DE REGRESO <u>16:30 hrs</u>			

### VIATICOS

LUGARES Y PERÍODOS DE COMISIÓN		TARIFA	CUOTA DIARIA	DÍAS	IMPORTE

DOCUMENTOS DE REFERENCIA						EVALUACIÓN
AÑO 2018						<b>DOCUMENTOS DE RESPALDO</b>  <input type="checkbox"/> ACTAS CIRCUNSTANCIADAS <input type="checkbox"/> DIPLOMAS; O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN: <input type="checkbox"/> PROGRAMAS DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> INFORME DE LA COMISIÓN: <input type="checkbox"/> OTROS: _____
CENTRO DE RESP.	FECHA DEL DOCTO.	PROY.	PROG.	SUB.P. ROG.	SUB. SUB.PR OG.	
		06	02	0	00F	
PARTIDA		FOLIO	IMPORTE			


### PASAJES

VIAJE REDONDO: <input type="checkbox"/> DE: _____		<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>					
ESPECIFICACIONES  <div style="height: 100px;"></div>		AÑO 2018					
		CENTRO DE RESP.	FECHA DEL DOCTO.	PROY.	PROG.	SUB. PRO G.	SUB. SUB. PROG.
				06	02	0	00F
		PARTIDA		FOLIO	IMPORTE		

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

<b>RESPONSABLE DE LA COMISIÓN</b>  DR. HÉCTOR RAÚL MALDONADO HERNÁNDEZ DIRECTOR GENERAL DEL OPD REPSS DE JALISCO	<b>EL BENEFICIARIO</b>  Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz	<b>COORDINADOR DE LA COMISION.</b>  DR. CARLOS ELISEO CARVAJAL CABEZA DE VACA DIRECTOR DE AFILIACIÓN Y PROMOCIÓN DEL OPD REPSS DE JALISCO
---	---	--

# CERTIFICACIÓN DE TRÁNSITO Y PERMANENCIA POR DIA

LUGAR Y SELLO	FECHA Y HORA	PERNOCTAR	ALIMENTO	LUGAR DE COMISION Y NOMBRE, FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACIÓN	
 <b>Secretaría de Salud</b> GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  HOSPITAL COMUNITARIO CIHUATLAN JURISDICCION SANITARIA VII AUTLAN MUNICIPIO DE CIHUATLAN	25/10/18 7:30	No	Desayuno		
	SALIDA LUGAR DE ADSCRIPCION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	25-10-18 10:00	No		Cihuatlan LIC. OLGA ANGELICA FARIAS ROMERO COORDINADORA ADMINISTRATIVA HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO CIHUATLAN REGION SANITARIA VI	
LLEGADA LUGAR DE COMISION					
25-10-18 14:00					
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
	LLEGADA LUGAR DE COMISION				
	SALIDA LUGAR DE COMISION				
FECHA Y HORA DE LLEGADA A LUGAR DE ADSCRIPCION	25/10/18 16:30	No	Comida	CARGOS	ABONOS
ANTICIPO DE VIÁTICOS					
ANTICIPO DE PASAJES					
CERTIFICACIÓN DE TRÁNSITO Y PERMANENCIA POR:                      DÍAS					
COMPROBANTES DE PASAJES					
COMPROBANTE POR USO DE VEHÍCULO PROPIO					
COMPROBANTE DE COSTO DE TRASLADO					
				SUMAS	
				TOTAL	

ELABORÓ

LIC. KARINA ALEJANDRA JIMENEZ HERNÁNDEZ

REVISÓ

LIC. MOISÉS DANIEL GÓMEZ URZÚA

CONFORME RESULTADO LIQUIDACION

Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz

FIRMA AUTÓGRAFA EMPLEADO COMISIONADO

AUTORIZACION PAGO DE SALDO

LIC. JOSÉ A. AMAYA SANTAMARÍA

RECIBÍ LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_

EL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2018

POR CONCEPTO DE SALDO A MI FAVOR COMO RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN

Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz

## **INFORME DE COMISIÓN**

**OPD REPSS DE JALISCO.**

**F.U.C**

947/18

Guadalajara, Jalisco, 24 de Octubre del 2018.

**Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz.**  
**Soporte Administrativo D**  
**PRESENTE.**

Por este medio le informo que del 25 al 25 de Octubre del año en curso, es Usted **COMISIONADO** a Llevar nomina para recabar firma, Revision de quipo de computo.

Sin otro particular **agradeciendo la atención** que brinde **al presente**, quedo de Usted.

Atentamente.

**DR. HÉCTOR RAÚL MALDONADO HERNÁNDEZ.**  
Director General del O. P. D. Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Jalisco.

C.c.p.- Archivo.

**OPD Régimen Estatal de Protección Social en  
Salud de Jalisco.**

**Área de Adscripción:** Dirección de Afiliación y Promoción

**Nombre** Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz

**Cargo:** Soporte Administrativo D

**Destino:** Cihuatlan

**Periodo:** 25 al 25 de Octubre 2018

**F.U.C:** 947 / 18



**Actividades Realizadas.**

Llevar nomina para recabar firma, Revision de quipo de computo

**Resultados**

Se entrego nomina al afiliador asi como a la gestora, tambien se entrego oficio de los descuentos que se les aplicara para tener el beneficio del ISSSTE, se reviso equipo de computo de la gestora y como resultado se quemo la fuente la cual se quito para solicitar en el REPSS una. Anexo cuadro con horario de salida y llegada a la Región Sanitaria así como de la Población que se acudió. Utilizando los tiempos de traslado que está vigente en la Región Sanitaria VII, Autlán.

FECHA	25/10/2018					
SALIDA	7:30 hrs					
LLEGADA	16:30 hrs					
LOCALIDAD VISITADA	Cihuatlan					

<b>El comisionado</b> "Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario" 	<b>Vo. Bo.</b> <b>Responsable de la comisión</b> 
<b>Ing. Luis Carlos Díaz Alcaraz.</b> Soporte Administrativo D	<b>DR. HÉCTOR RAÚL MALDONADO HERNÁNDEZ.</b> DIRECTOR GENERAL DEL OPD REPSS DE JALISCO. 