



JUNTA DE ASISTENCIA SOCIAL PRIVADA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

### Formato recibo de pasajes y viáticos por comprobar



SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

**Bueno por:** \$ **730.00**

Dependencia:	<b>Junta de Asistencia Social Privada del Estado de Chihuahua</b>
Unidad:	<b>Unidad Administrativa</b>
Nombre del comisionado:	Lucila Margarita Murguía Chávez
Puesto:	Directora General
N° de oficio de Comisión	NO APLICA
Motivo de la comisión:	Asistencia a la sesión 53 de la Junta de Gobierno del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua
Fecha:	marzo 11, 2019

<b>Recibí de la Junta de Asistencia Social Privada del Estado de Chihuahua cantidad de:</b>	
Monto:	Con letra:
\$ 730.00	setescientos treinta pesos 00/100 MN
<b>Por concepto de pasajes, viáticos y otros gastos devengados durante los días:</b>	
Del: marzo 11, 2019	al: marzo 11, 2019
En (lugar):	Chihuahua

Tipo de transporte (seleccione):	Privado
----------------------------------	---------

Desgloce de pasajes:					
Distancia Kms:	Litros:	Precio por litro:	Importe:	Casetas:	Camión:
					\$ 730.00
<b>Total de pasajes:</b>					<b>\$ 730.00</b>

Desgloce de viáticos:				
Número de noches:	Número de días:	Hospedaje costo por noche:	Alimentación costo por día:	Otros:
				\$ -
<b>Total de viáticos:</b>				<b>\$ -</b>

Ana M. Trevizo Castillo

Nombre y firma  
Unidad Administrativa

*19/03/2019  
2:45 p.m.*

*Lucila Murguía Chávez*  
Lucila M. Murguía Chávez

Nombre y firma  
Dirección



*Lucila Murguía Chávez*  
Lucila M. Murguía Chávez

Nombre y firma  
Comisionada



<b>Fecha:</b>	Marzo 19, 2019
<b>Nombre del empleado:</b>	Lucila Margarita Murguía Chávez
<b>N° de empleado:</b>	4348
<b>N° de Oficio de Comisión</b>	NO APLICA
<b>Lugar de Origen:</b>	Cd. Juárez
<b>Lugar de Destino:</b>	Chihuahua

**1 HOSPEDAJE**

*Sustentado con comprobantes de pago*

N°	FECHA		PROVEEDOR	Comprobante de Pago		MONTO
	DE	HASTA		Serie/ Número	Fecha de facturación	
1						
2						
						\$ -

**2 ALIMENTACIÓN**

*Sustentado con comprobantes de pago*

N°	FECHA	LUGAR	PROVEEDOR	Comprobante de Pago		MONTO
				Serie/ Número	Fecha de facturación	
1						
2						
3						
4						
5						
						\$ -

**3 AUTO TRANSPORTE - CASSETAS**

*Sustentado con comprobantes de pago*

N°	SALIDA		LLEGADA		RUTA	PROVEEDOR	Comprobante de Pago		MONTO
	FECHA	HORA	FECHA	HORA			Serie/ Número	Fecha de facturación	
1									
2									
									\$ -

**4 TRANSPORTE TERRESTRE/AEREO**

N°	SALIDA		LLEGADA		RUTA	PROVEEDOR	Comprobante de Pago		MONTO
	FECHA	HORA	FECHA	HORA			Serie/ Número	Fecha de facturación	
1	11/03/2019	04:00	11/03/2019	09:00	JUA/CHIH	Omnibus de Mexico, SA de CV	ODM2672702	19/03/2019 11:48	\$ 365.00
2	11/03/2019	15:50	11/03/2019	19:50	CHIH/JUA	Omnibus de Mexico, SA de CV	ODM2672689	11/03/2019 11:45	\$ 365.00
3									
									\$ 730.00

**5 GASTOS TRANSPORTACION UBER**

*Sustentado con comprobantes de pago*

N°	SALIDA		LLEGADA		RUTA	PROVEEDOR	Comprobante de Pago		MONTO
	FECHA	HORA	FECHA	HORA			Serie/ Número	Fecha de facturación	
1									
2									
3									
									\$ -





## Informe de actividades



<b>Fecha:</b>	Marzo 19, 2019
<b>Nombre del empleado:</b>	Lucila Margarita Murguía Chávez
<b>N° de empleado:</b>	4348
<b>N° de Oficio de Comisión</b>	NO APLICA
<b>Lugar de Origen:</b>	Cd. Juárez
<b>Lugar de Destino:</b>	Chihuahua
<b>Días:</b>	1
<b>Motivo del Encargo o Comisión:</b>	
Asistencia a la sesión 53 de la Junta de Gobierno del Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua	
<b>Actividades realizadas:</b>	
Participación en la sesión	
<b>Resultados obtenidos:</b>	
Revisión y aprobación de las Reglas de Operación de los programas: Apoyo a OSC sin fines de lucro que impelennten modelos de atencion dirgidos a fortalecer el funcionamiento familiar y Operación del Programa de Alimentación y Desarrollo Autosustentable de las Familias	
<b>Contribuciones:</b>	
Propuestas para mejorar las ROP	
<b>Conclusiones:</b>	
Cumplimiento con las obligaciones de la Junta	
"Declaro bajo protesta de decir verdad que fui enterado del objeto y alcance de la Comisión que desempeñé; que los datos contenidos en este formato son ciertos y que estoy enterado de las sanciones a las que me puedo hacer acreedor tanto por el incumplimiento de la Comisión como por la falsedad de los datos asentados".	

Ana M. Trevizo Castillo

Nombre y firma

Unidad Administrativa

*Lucila M. Murguía Chávez*

Lucila M. Murguía Chávez

Nombre y firma

Dirección

*Lucila M. Murguía Chávez*

Lucila M. Murguía Chávez

Nombre y firma

Comisionado

