

**FORMATO F-2**

| | | | |
|--------------|---------------|---------------|-------------------|
| Local () | Estado () | País (X) | Extranjero () |
| Fecha | Día 03 | Mes 08 | Año 2023 |




| | | | | | |
|---|------|-----------------|----------|-----------------|--------|
| Dependencia: UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO | | | | | |
| Unidad Responsable: DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES | | | | | |
| Clave | U.R. | Clave Proyecto: | Fondo: | Plan de Cuenta: | C.O.G. |
| 21100A | | 20230595 | 11060010 | 51375 | 37504 |

DRA. PATRICIA ORDÓÑEZ LEÓN
DIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES
PRESENTE

Por medio del presente me dirijo a usted para comunicarle que deberá llevar a cabo la siguiente comisión:

Acudir a la División Multidisciplinaria de Comalcalco, a la División Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez y a la División Académica Multidisciplinaria de los Ríos del 07 al 11 de agosto del presente año, acompañada del Mtro. Víctor Manuel Falconi, Lic. Alejandro C. Rueda Torruco, Mtro. Julio C. Osorio Domínguez, Lic. Christian J. Olán Santiago, Mtro. César Muñoz González Jefes de Servicios Escolares , para llevar a cabo la recepción documental original de los aspirantes aceptados al ciclo escolar agosto 2023-febrero 2024, de las carreras de Ciencias de la Salud ofertadas en las Divisiones Académicas antes mencionadas, se le informa que se le proporcionará vehículo y chofer.

| | | | |
|--|-------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE COMISIÓN: | | Menor de 24 Hrs. () | Mayor de 24 Hrs. (X) |
| MANDO: | | Profesor Investigador () | Administrativo (X) |
| FECHA DE COMISIÓN: | Inicio: | Término: | Total, de días: |
| | 07/07/2023 | 11/07/2023 | 5 días |
| MEDIO DE TRANSPORTE: | | Terrestre (X) | Aéreo () Otro () |
| VEHÍCULO OFICIAL: | | Placa: | No. Económico: |
| | | | |
| \$4,500.00 | | | |
| (Cuatro mil quinientos pesos 00/100 M.N) | | | |
| Por concepto de pago de viáticos para la primera etapa de recepción documental de los Programas Educativos de Ciencias de la Salud. | | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>SOLICITÓ</p> <p>DRA. PATRICIA ORDOÑEZ LEÓN</p> <p></p> <hr/> <p>DIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES</p> | <p>AUTORIZÓ</p> <p>DR. LUIS MANUEL HERNÁNDEZ GOVEA</p> <p></p> <hr/> <p>SECRETARIO DE SERVICIOS ACADÉMICOS</p> | <p>COMISIONADO</p> <p>DRA. PATRICIA ORDOÑEZ LEÓN</p> <p></p> <hr/> <p>DIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES</p> |
|---|---|--|

INFORME DE LA COMISIÓN

FIRMA DEL COMISIONADO

DRA. PATRICIA ORDÓÑEZ LEÓN