



Impreso de pólizas Emitido el día 19/FEB./2025

1) RECURSOS ESTATALES

Póliza	Fecha	Clasificación	Concepto	Cuenta	Descripción de la Cuenta	Cargos	Abonos
D-00133	19/02/2025	COMPROBACION DE GASTOS	COMPROBACIÓN DE GASTOS DEL CR 1425 T-00115				
011103-271-3A5-E018-001-37501-1-161-11-02018G039CCS005-1				51370500001	VIÁTICOS NACIONALES	848.00	
011103-271-3A5-E018-001-39201-1-161-11-02018G039CCS005-1				51390200001	IMPUESTOS, DERECHOS Y CUOTAS	818.00	
				11230100015	LUEVANOS PUENTE OSVALDO RAFAEL		1,666.00
Total póliza:						1,666.00	1,666.00

Dependencia: CAS F.G.S.  
No. de Oficio: 032/2025  
Asunto: El que se indica.

**LICDA. ELIZABETH RIOS CHÁVEZ**  
**ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO**  
**DE ADMINISTRACION Y FINANZAS DE DIF ESTATAL COLIMA**

Por medio del presente me dirijo a Usted de la manera más atenta, a fin de saludarle y al mismo tiempo hacer la entrega de \$1334.00 (MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.) en efectivo, así como la cantidad de \$1666.00 (MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS 00/100 M.N.) en facturas y documentación correspondiente para la comprobación de gastos efectuados en el traslado de la menor PATRICIA CUEVAS ROMERO a su cita de valoración por parte del servicio de traumatología y ortopedia al Hospital Shrines Childrens en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Lo anterior suma un total de \$3000.00 (TRES MIL PESOS 00/100 M.N.) Misma que ahora entrego a través del presente.

Sin otro particular, agradezco de antemano las atenciones brindadas a mi petición, aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
Colima, Col. A 06 de febrero de 2025

**LIC. MIRIAM TAPIA CRUZ**  
**ADMINISTRADORA DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL**  
**"FRANCISCO GABILONDO SOLER"**



Vo.Bo: LIC. RAFAEL CONTRERAS OCHOA  
DIRECTOR DE ASISTENCIA JURIDICA DE DIF ESTATAL

Copias: LIC. YESICA EMMY MAGAÑA MARTINEZ. – COORDINADORA DE LOS CAS DE DIF ESTATAL. Para su conocimiento.  
Archivo.

**REVISADO**  
Roberto 7/2/25





**COLIMA** Gobierno del Estado  
**DIF** ESTATAL COLIMA

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA 003026**

R.F.C. SED-770730-4N6  
 Encino #530 Col. Rinconada del Pereyra  
 C.P. 28078, Colima, Col. Tel. 312 316 31 02

Recibo de Ingresos		
03026		
Expedido en Colima, Col		
04	02	2025

LLIEVANOS PUENTE OSVALDO RAFAEL

Recibimos de: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

La cantidad de: 1,334.00 (MIL TRECECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.)

Concepto: REINTEGRO DE GASTO A COMPROBAR DE UNA CITA MEDICA PARA UNA MENOR A CUADALAJARA DEL CABILONDO

1) REINTEGROS GASTOS A COMPROBAR

11120500008 - BANORTE CIA. 0314225090 BANORTE CIA. 0314225090 RECURSO ESTATAL (GASTO CORRIENTE) (27)

Afectación: \_\_\_\_\_ Total: 1,334.00

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

HACIENDA SAT

SED77073046  
 Registro Federal de Contribuyentes

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA

Nombre, identificación e razón social

SCIF: 1500407146  
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

IVANNE MORALES FUENTES

Nombre y Firma  
 ORIGINAL



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA

Informe de Comisión Oficial

ÁREA SOLICITANTE:	ADMINISTRACIÓN DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL "FRANCISCO GABILONDO SOLER"		DOCUMENTO QUE GENERA LA COMISIÓN	NO. DE CONTROL (Opcional)
			CITA MEDICA	19857
NOMBRE DE (LOS) SERVIDOR (ES) PUBLICO (S)	OSBALDO RAFAEL LUEVANO PUENTE		ORIGEN/DESTINO	
			COLIMA-GUADALAJARA	
CARGO	P.M. ENFERMERO DEL ÁREA MÉDICA DEL CAS "FRANCISCO GABILONDO SOLER" TURNO MATUTINO	FECHA	DESDE	HASTA
			30/01/2025	30/01/2025

NOMBRE DE COMISIONADO (EN CASO DE ASISTIR MÁS DE 1 SERVIDOR PÚBLICO)	CARGO	NO. DE CONTROL

PROPÓSITO DE LA COMISIÓN	ACOMPAÑAMIENTO Y TRASLADO DE UNA MENRO DE EDAD A CITA MEDICA AL HOSPITAL SHRINERS EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA	RESULTADOS DE LA COMISIÓN	SE REALIZO EL ACOMPAÑAMIENTO Y ASISTENCIA MEDICA DE LA MENOR DE INICIALES POR P.C.R A CITA DE VALORACIÓN POR PARTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL SHRINES CHILDRENS.
--------------------------	---	---------------------------	--

TRANSPORTE	RUTA	NO. DE BOLETO O FACTURA	FECHA	IMPORTE	
	AÉREO				
	AUTOBÚS				
	COMBUSTIBLES				
	CASSETAS	X	0FDF3993-B8D4-5932-9609-1EF2CF27063F	30-01-2025	\$818
	TAXIS				
TOTAL, TRANSPORTE:				\$818.00	

HOSPEDAJE	CIUDAD	NO. DE FACTURA	IMPORTE
	HOTEL		
	FECHAS DE HOSPEDAJE		
TOTAL, HOSPEDAJE:			


ALIMENTOS	ALIMENTO	FECHA	NO. DE COMENSALES	NO. DE FACTURA (ANEXAR)	IMPORTE
	ALMUERZO COMIDA CENA	30/01/2024	4	436e6671-ca28-4a62-9d76-f2107411c612	\$848.00
	ALMUERZO				

**Informe de Comisión Oficial**

COMIDA CENA				
ALMUERZO COMIDA CENA				
ALMUERZO COMIDA CENA				
<b>TOTAL, ALIMENTOS:</b>				<b>\$848.00</b>

OTROS	ESPECIFICAR GASTO	NO. DE FACTURA (ANEXAR)	IMPORTE
<b>TOTAL, OTROS</b>			
<b>TOTAL, GASTOS</b>			<b>\$ 1666.00</b>

Nota: Deberá anexar las facturas rubricadas por los comisionados. Así mismo enviarlas a la Dirección de Administración y Finanzas y Dirección General para su validación.

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR (A) COMISIONADO	FECHA DE COMPROBACIÓN	NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR (A) QUE RECIBE
OSBALDO RAFAEL LUEVANO PUENTE	06/02/2025	

1.-ELIMINADO: No. de Control: Con fundamento en los artículos 5,110,118,122,123,124 y los demás relativos a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Colima; así como los diversos artículos 1,2 y 8 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Colima. En virtud de que se trata de información confidencial por tratarse de datos personales.

TRAMO CARRETERO GUADALAJARA-COLIMA

Folio Fiscal:

0FDF3993-B8D4-5932-9609-1EF2CF27063F



TÓG870817Q74

Lugar de Expedición:

01219

Régimen fiscal:

601

Fecha y Hora de Creación:

2025-02-01T09:15:19

Domicilio fiscal

AV. JAVIER BARROS SIERRA 515 COL. LOMAS DE SANTA FE, ALVARO OBREGON, C.P. 01219 ALVARO OBREGON, CIUDAD DE MEXICO, MEXICO

Serie

E

Folio:

5242989

Número de serie del Certificado SAT:

00001000000707310321

Número de serie del Certificado del Emisor:

00001000000701840885

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA

SED7707304N6

Tipo de comprobante:

I - Ingreso

Uso de CFDI:

G03 - Gastos en general

Moneda:

MXN - Peso Mexicano

Domicilio Fiscal Receptor:

28077

Forma de Pago:

01 - Efectivo

Régimen Fiscal Receptor:

603

Método de Pago:

PUE - Pago en una sola exhibición

ClavProdServ	Cantidad	Clave Unidad	Descripción del producto o servicio	Importe	Valor Unitario	Descuento
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503015450930507600123088006, FECHA: 30/ENERO/2025 15:45:09 PM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: SAY-LC05, CAJERO: 811123, FOLIO: 305076	75.86	75.86	
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503016285115992700101204002, FECHA: 30/ENERO/2025 16:28:51 PM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: SAN-LC03, CAJERO: 911537, FOLIO: 159927	175.86	175.86	
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503015120240718500055117006, FECHA: 30/ENERO/2025 15:12:02 PM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: ACA-LC05, CAJERO: 711573, FOLIO: 407185	100.86	100.86	
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503003484329052600108204008, FECHA: 30/ENERO/2025 03:48:43 AM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: SAN-LG06, CAJERO: 910070, FOLIO: 290526	175.86	175.86	
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503004495849946500130088001, FECHA: 30/ENERO/2025 04:49:58 AM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: SAY-LG08, CAJERO: 811564, FOLIO: 499465	75.86	75.86	
95111602	1.00	A9	PEAJE EN EFECTIVO CORRESPONDIENTE AL CRUCE CON NRU: 052503005235844241800065117006, FECHA: 30/ENERO/2025 05:23:58 AM, TIPO: 5, CLASE: A2, CARRIL: ACA-LG09, CAJERO: 711354, FOLIO: 442418	100.86	100.86	

REVISADA

Importe Total con Letra:  
OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS 00/100 M. N.

<b>Subtotal</b>	705.16
<b>Iva</b>	112.84
<b>Total</b>	818.00

**Sello Digital del Emisor:**

PWImSEi7TloE7fFOi2/K1fdTTZWsTudzVoYXK+e9MI9+stEec41VNYjfHVstifOwT7/gAgQiiG4D4tPr+shnS7CAJ/buijLEPNPFKceowUpblb6BVDo6H5jdeaGlbeTJVyUzzzqfNfK4ISJ/QEvx34+tRg9tR3/Kbf5JkZ74mlEw2tX6CPMV5SDs15Ahtf44zLbPIkyddK42MksKI+3L0E8kANu60nD/1sP2UIBYQ6m+GaYu+c2Fkv+G/bl7ZcC/gfjtAi+FNa5bstYcGMIGUPE1xkNth/Selz12PzEQJ+NvqgOHUI0GEj8Ppgsu3KUHwluUFIGTbXqKiffaFDoyg==

**Sello Digital SAT**

zVjm6PxQeV6ULuaqJha3TDW0dULnfft5R4hyKxhly1ZJ/HYhLHSyXKYYYZNNPhRZhd2AwU4qc8noM3T18qw8tzZH1ApFaytPAxxF86ZJDDPgH3fJ/i6rt38DZOAYVJOfwkCNwu7ktMkIRjdc0sdbbz2Wlj49/jehJiS7fTeZ6GjSp8xrCrY6ArwCUf/ny4DLLXrhTJh4ZDnGmWGs4j/T/nvcSTApIMwCCZdNTIAedKcNXDGr1yrjaSWqrcl0Z5X8wxJOxEY720j9xkHw+y9E40ugtKJ1HFfAbuT7JoZqm1lbv411UokOr2eN8P6RtaeGAy2HQ5N8Azshwhz4SYb4BA==



**Cadena Original del Complemento de Certificación Digital del SAT**

||1.1|0FDF3993-B8D4-5932-9609-1EF2CF27063F|2025-02-01T09:15:21|CVD110412TF6|PWImSEi7TloE7fFOi2/K1fdTTZWsTudzVoYXK+e9MI9+stEec41VNYjfHVstifOwT7/gAgQiiG4D4tPr+shnS7CAJ/buijLEPNPFKceowUpblb6BVDo6H5jdeaGlbeTJVyUzzzqfNfK4ISJ/QEvx34+tRg9tR3/Kbf5JkZ74mlEw2tX6CPMV5SDs15Ahtf44zLbPIkyddK42MksKI+3L0E8kANu60nD/1sP2UIBYQ6m+GaYu+c2Fkv+G/bl7ZcC/gfjtAi+FNa5bstYcGMIGUPE1xkNth/Selz12PzEQJ+NvqgOHUI0GEj8Ppgsu3KUHwluUFIGTbXqKiffaFDoyg==|00001000000707310321||

**Fecha y Hora de Certificación:**

2025-02-01T09:15:21

Este documento es una representación impresa de un CFDI

## FACTURA ELECTRONICA CFDI 4.0

## Emisor

Nombre: MEJOR FUTURO

UUID: 436e6671-ca28-4a62-9d76-f2107411c612

RFC Emisor: MFU761216140

Fecha: 2025-02-01T08:28:33

No. de Certificado: 00001000000711185048

Tipo de Comprobante: I Ingreso

Folio Interno: S-19153

Lugar de Expedición: 45645

Régimen Fiscal: 601 General de Ley Personas Morales

## Receptor

Nombre: SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA

RFC receptor: SED7707304N6

Regimen: 603 Personas Morales con Fines no Lucrativos

CP receptor: 28077

USO CFDI: G03 Gastos en general.

## Conceptos

aveProdServ	Cant	Unidad de medida	Descripción	Valor Unitario	Importe
90101501	1	E48 Unidad de servicio	Consumo del día Jueves 30 de Enero de 2025 según folio 411943 anexo.		
(Cheque: 411943)		\$731.04	\$731.04		

Subtotal: \$731.04

IVA: \$116.96

Moneda: MXN

Total: \$848.00

Ochocientos Cuarenta y Ocho Pesos 00/100 MN

Método de Pago: PUE Pago en una sola exhibición Forma de Pago: 01 Efectivo

Sello: EPUlcbze9BoLjMPyVdz98KM0Rc9MXKgOKTdSeLjaQmFrfJmq/OTJhhQRUHzkU8ajDWanxv+GFPPEI0OyXi5ljRboOhEhUrSBGANjBgu+HOLyM78RjEw18VojiTdSkxOPmbbNGOL327m64w1HXxn+D1RX7V3G9CboKlqYyHWxt9hL+DqJsU6W1Gy0lqkoMiGPPYO76NrZTnQYybKf563cexnY/FVUjhs/BBPToUyrSWZczXZZTV+nY1aT9/+m3kasH9xEGZucO7gGMSlt+megH

Sello SAT: F051hqskF/K1qy2lxXaN08szHhnVsRXCcNpAJTskDmyqyRTkDTPdJL7cTWtyWd5BJ7Mgzze4mNs5VTXmpfRC4932ZRaxWmKjpG8awXGC5tan53cb52hf1t45b+8qMv0T1YfiUz7RVVKuDmDqZFB0ogxYK7MXjSvcmjRTqNas4fzoZwbsth4NWQ4wOYTGO2dyoVxLFUFL8kG5PXowKzo3IZJNRNK6/36tU4Dk9zxYL7MHvV1mzIMo1vu851/JP509wez0C13n8upASJ0WxPUvKkln3GtREin78YZk8Ot2YJfME

No. Certificado SAT: 00001000000509846663

Fecha Timbrado: 2025-02-01T09:28:31

RFC Prov. Certif.: LSO1306189R5



Cadena original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.1|436e6671-ca28-4a62-9d76-f2107411c612|2025-02-01T09:28:31|LSO1306189R5|EPUlcbze9BoLjMPyVdz98KM0Rc9MXKgOKTdSeLjaQmFrfJmq/OTJhhQRUHzkU8ajDWanxv+GFPPEI0OyXi5ljRboOhEhUrSBGANjBgu+HOLyM78RjEw18VojiTdSkxOPmbbNGOL327m64w1HXxn+D1RX7V3G9CboKlqYyHWxt9hL+DqJsU6W1Gy0lqkoMiGPPYO76NrZTnQYybKf563cexnY/FVUjhs/BBPToUyrSWZczXZZTV+nY1aT9/+m3kasH9xEGZucO7gGMSlt+megH5tX23O183WnNS1TM5OHZ7YitEE8E3Y4L2Jntp/qIP3hndNpHOpW1UppOjULVYEhg==|00001000000509846663||

REVISADA

Este documento es una representación impresa de un CFDI 4.0



**Oficio No. 009/2024**  
**Asunto:** El que se indica.

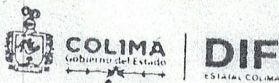
**LICDA. ELIZABETH RIOS CHÁVEZ.**  
**ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACION**  
**Y FINANZAS DE DIF ESTATAL COLIMA.**  
**P R E S E N T E.**

Por medio del presente me permito hacer de su conocimiento que, derivado de los servicios que se brindan en los Centros de Asistencia Social, en relación a la menor Patricia Cuevas Romero, quien presenta DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA IZQUIERDA SUBLUXADA, se informa que por indicación del médico especialista tratante de la menor el Dr. Daniel Hernández Arreola adscrito al Hospital Regional Universitario del Estado de Colima, la refiere al HOSPITAL SHRINERS, ubicado en la calle tarascos No. 3545 colonia Monraz en la ciudad de Guadalajara, para la revaloración de su condición, en donde tiene cita el lunes 31 de Enero a las 07:00 am, la cual quedó registrada con el número de folio 860077.

Por lo antes expuesto existe la necesidad de realizar el traslado de la menor por lo que solicito de su invaluable apoyo para autorizar el gasto correspondiente al pago de casetas y viáticos, para 1 chofer y 1 enfermero adscritos al Centro de Asistencia Social "Francisco Gabilondo Soler" el cual asciende a \$3,000.00 (tres mil pesos), los cuales se solicita sea depositado a la siguiente cuenta

NOMBRE	NO DE CONTROL	CLABE
ENF. Osbaldo Rafael Luevanos Puente (enfermero)	19857	002090902728347591 BANAMEX

Sin otro en particular, aprovecho la ocasión para enviarle un atento y cordial saludo.



**Atentamente:**  
**Colima, Col. 14 de Enero de 2025**



14:38  
14 ENE. 2025  
J. J. J.  
J. J. J.

**RECIBIDO**  
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA  
JURÍDICA

**LICDA. YESICA EMMY MAGAÑA MARTÍNEZ**  
Coordinadora de los Centros de Asistencia Social  
Del DIF Estatal Colima.

**COORDINACIÓN  
DE LOS CENTROS DE  
ASISTENCIA SOCIAL**

**Vo.Bo.**  
**LIC. RAFAEL CONTRERAS OCHOA.-**  
Director de Asistencia Jurídica del DIF Estatal Colima.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA EN COLIMA  
DIRECCION ADMINISTRATIVA  
14:34  
14 ENE. 2025  
Vanc  
**RECIBIDO**

c.c.p. LIC. RAFAEL CONTRERAS OCHOA - Director de Asistencia Jurídica del DIF Estatal Colima.  
c.c.p. ARCHIVO/Emmy



(A)

Folio: 006/2025

**MEMORANDUM**

**ING. Mario Benavides García de Alba**  
**Jefe del Departamento de Recursos Humanos**  
**Presente.**

Por medio de este conducto me permito enviar a Usted la comisión del **C. Edgar Iván Velázquez Flores** con numero de control 14503 y con un horario laboral de 07:00 a 19:00 horas en jornada acumulada; sábado, domingo y días festivos, quien será comisionado a la Ciudad de Guadalajara el próximo **30 de enero del 2025** para dar cumplimiento a la cita médica que tiene una menor de edad residente de este CAS.

Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente:**  
**Colima, Col., 27 de enero de 2025**

**Licda. Miriam Tapia Cruz**  
**Administradora del Centro de Asistencia Social**  
**"Francisco Gabilondo Soler"**

Vo. Bo. Licda. Yesica Emmy  
Magaña Martínez

Coordinadora de los Centros  
de Asistencia Social de DIF  
Estatal

*Handwritten initials and notes*

Archivo

**Hospitales Shriners**  
para Niños  
30 ENE 2025  
**RECIBIDO**  
**GUADALAJARA**

Ampl 10:34  
29 ENE. 2025  
**RECIBIDO**

**DATOS DE LA PERSONA COMISIONADA**

NOMBRE: Edgar Iván Velázquez Flores PUESTO: 038 Chofer  
 OFICINA DE ADSCRIPCIÓN: CAS Francisco Gabilondo Soler  
 HORARIO: 07:00 a 19:00 hrs. Fin de semana; sábado, domingo y días festivos  
 RESPONSABLE DEL ÁREA: Licda. Miriam Tapia Cruz

**DATOS DE LA COMISIÓN**

ÁREA QUE SOLICITA LA COMISION: CAS Francisco Gabilondo Soler  
 COMISIONADO A: Guadalajara Jal. (HOSPITAL SHRINERS para Niños)  
 DURANTE: 1 DIAS.  
 MOTIVO DE LA COMISIÓN: Cita médica de menor de edad que se encuentra resguardada en el CAS Francisco Gabilondo Soler

TRANSPORTE: OFICIAL     AVION     PARTICUALR     OTRO    FWA9128 PLACAS

INICIO DE LA COMISIÓN:	<u>30 de enero 2025</u>	<u>03:00 hrs.</u>	<b>CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN</b> 
	FECHA	HORA	
TÉRMINO DE LA COMISIÓN:	<u>30 de enero de 2025</u>	<u>-----</u>	NOMBRE Y FIRMA
	FECHA	HORA	

**AUTORIZACIÓN**

DIRECCIÓN DE ÁREA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN GENERAL
<u>Lic. Rafael Contreras Ochoa</u>	<u>Licda. Elizabeth Ríos Chávez</u>	<u>Mtra. Diana Xally Yael Zepeda Figueroa</u>
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

COLIMA, COL. 27 DE enero DE 2025

NOTA: ES IMPORTANTE LLEVAR ESTE FÓRMATO DEBIDAMENTE FIRMADO DURANTE SU COMISIÓN.



**COLIMA**  
Gobierno del Estado

**DIF**  
ESTATAL COLIMA



**CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL  
"FRANCISCO GABILONDO SOLER"**

**Folio: 008/2025**

**MEMORANDUM**

**ING. Mario Benavides García de Alba**  
**Jefe del Departamento de Recursos Humanos**  
**Presente.**

Por medio de este conducto me permito enviar a Usted la comisión del **C. Osbaldo Rafael Luevanos Puente** con número de control 19857 y con un horario laboral de 07:00 a 13:30 horas quien será comisionado a la Ciudad de Guadalajara el próximo **30 de enero del 2025** para dar cumplimiento a la cita médica que tiene una menor de edad residente de este CAS.

Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

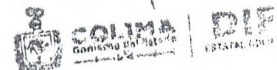
**Atentamente:**  
**Colima, Col., 27 de enero de 2025**

**Licda. Miriam Tapia Cruz**  
**Administradora del Centro de Asistencia Social**  
**"Francisco Gabilondo Soler"**

**Vo. Bo. Licda. Yesica Emmy**  
**Magaña Martínez**

**Coordinadora de los Centros**  
**de Asistencia Social de DIF**  
**Estatatal**

*Recibido*  
*29/01/25*  
*27*



*Amq 12:49*  
**28 ENI 2025**

**DEPTO. DE RECURSOS**  
**HUMANOS**  
**RECIBIDO**

**Archivo**

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA



**DATOS DE LA PERSONA COMISIONADA**

NOMBRE: Osbaldo Rafael Luevanos Punte PUESTO: 063 Enfermero  
OFICINA DE ADSCRIPCIÓN: CAS Francisco Gabilondo Soler  
HORARIO: 07:00 a 13:30 hrs.  
RESPONSABLE DEL ÁREA: Licda. Miriam Tapia Cruz

**DATOS DE LA COMISIÓN**

ÁREA QUE SOLICITA LA COMISION: CAS Francisco Gabilondo Soler  
COMISIONADO A: Guadalajara Jal. (HOSPITAL SHRINERS para Niños)  
DURANTE: 1 DIAS.  
MOTIVO DE LA COMISIÓN: Cita médica de menor de edad que se encuentra resguardada en el CAS Francisco Gabilondo Soler

TRANSPORTE: OFICIAL     AVION     PARTICUALR     OTRO    FWA9128  
PLACAS

INICIO DE LA COMISIÓN:	<u>30 de enero 2025</u>	<u>03:00 hrs.</u>	<b>CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN</b>
	FECHA	HORA	
TÉRMINO DE LA COMISIÓN:	<u>30 de enero de 2025</u>	<u>-----</u>	NOMBRE Y FIRMA
	FECHA	HORA	

**AUTORIZACIÓN**

DIRECCIÓN DE ÁREA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	<del>DIRECCIÓN GENERAL</del>
<u>Lic. Rafael Contreras Ochoa</u>	<u>Licda. Elizabeth Ríos Chávez</u>	<u>Mtra. Diana Xally Yael Zepeda Figueroa</u>
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

COLIMA, COL. 27 DE enero DE 2025

NOTA: ES IMPORTANTE LLEVAR ESTE FORMATO DEBIDAMENTE FIRMADO DURANTE SU COMISIÓN.