



SELLO

FECHA TRAMITE	FOLO
12/04/2019	000416

**TIPO:** PAGO DIRECTO

**ORGANIZACIÓN:** CLAVE NOMBRE  
104D07200 AREA ADMINISTRATIVA

**FORMA DE PAGO:** PROGRAMADO

**IMPORTE:** 1,610.00 MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS 00/100

Pago a Favor:  
Instrucción:

Clabe:

SF	R.F.C.	BENEFICIARIO	FUN.	PROG.	PARTIDA	FTEF YTG	CONCEPTO	FECHA	RETENCION	IMPORTE
001	B4H-A910720JMO	MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTAHERNANDEZ	263	E10612	22100004	140719-1	VANTICOS CD DE XALAPA	12/04/2019	0.00	580.00
002	B4H-A910720JMO	MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTAHERNANDEZ	263	E10612	37500001	140719-1	VANTICOS CD DE XALAPA	12/04/2019	0.00	420.00
003	B4H-A910720JMO	MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTAHERNANDEZ	263	E10612	37200001	140719-1	VANTICOS CD DE XALAPA	12/04/2019	0.00	550.00
004	B4H-A910720JMO	MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTAHERNANDEZ	263	E10612	37300001	140719-1	VANTICOS CD DE XALAPA	12/04/2019	0.00	60.00

**NOMBRE Y FIRMA**

.....

CAPTURÓ

**Vo. Bo.**

.....

MTRA. ADRIANA DEL CARMEN PITALUATORRES  
ENCARGADA DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

2019/04/12

**Scotiabank Inverlat S.A.**

Página 1

17:47:44

Scotia en Línea

**Impresión de Comprobante de Traspasos en Otros Bancos****ORDENANTE****Nombre**

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR DE ACAYUC

**Cuenta de Cargo**

CHQ-MXN-ACAYUCAN,-07000374334-INSTITUTO

**Importe**

1,610.00

**I.V.A.**

0.01

**Moneda**

MXN - PESO MEXICANO

**Tipo de envío**

1-MISMO DÍA (SPEI)

**Fecha de Aplicación**

2019/04/12

**Fecha de Operación**

2019/04/12

**Instrucción de Pago**

1-SPEI

**R.F.C.**

ITS010523CQ7

**Concepto**

VIATICOS CD DE XALAPA

**Referencia (Numérica)**

47

**BENEFICIARIO****Cuenta de Abono**

014841567493539892

**Banco**

SANTANDER

**Tipo de Persona**

1. PERSONA FÍSICA

**R.F.C.**

BAHA910720-JM0

**Nombre Beneficiario/Razón Social**

MARIA DE AN BAUTISTA HERNANDEZ

**Comisión**

7.00

**I.V.A. Comisión**

1.12

**Costo de Transmisión**

0.00

**Estado de Operación**

POR AUTORIZAR

**Folio**

24103855381

**Clave de Rastreo**

2019041240044B36K0000005749474

**Mensaje:**

SE00029: LA OPERACIÓN QUEDÓ REGISTRADA Y PENDIENTE POR AUTORIZAR POR DOBLE FIRMA

**Comprobante de carácter informativo, no tiene validez fiscal.**

Centro atención telefónica CONDUSEF 5340-0999 ó 01 800 999-8080 . Sitio Web para consulta de comisiones en: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)  
 Para aclaraciones llamar al 5728-1262 ó 01 800 705-4000. Centro de atención telefónica 5728 1262 ó 01 800 705 4000.

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR D  
 [ 001] LISBETH CAMPECHANO SANTOS



SIN-941202-514

F-63

F-000416

**Scotiabank Inverlat S.A.****Comprobante de  
Autorizar Traspasos Otros Bancos**realizado a las  
17:50

#	Usuario	Fecha Aplicación	Cuenta Cargo	Cuenta Abono	Importe	Moneda	Mensaje	Folio	Clave Rastreo
1	"001- LISBETH"	2019/04/12 2019/04/12	"CHQ-MXN- ACAYUCAN,-7000000000000374334" "00014841567493539892"		1,610.00 MXN		Su transacción se efectuó exitosamente con folio: 24103856753 Clave de Rastreo: 201904124004B36K0000005749474	24103856746 24103855381	
2	"001- LISBETH"	2019/04/12 2019/04/12	"CHQ-MXN- ACAYUCAN,-7000000000000374334" "00002841700228182856"		1,610.00 MXN		Su transacción se efectuó exitosamente con folio: 24103856810 Clave de Rastreo: 201904124004B36K0000005749561	24103856796 24103856017	

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR D  
002 MARIA LUISA ROSALDO IZQUIERDO  
2019/04/12 17:50



SIN-941202-5/4



Secretaría de Educación

Dirección General de Educación Superior  
Dirección de Educación Tecnológica  
Instituto Tecnológico Superior de Acayucan

<b>SOLICITUD DE RECURSOS</b>						FOLIO _____	
						FECHA	
		DÍA	MES			AÑO	
		12	4			2019	
<b>SOLICITANTE</b>							
NOMBRE:		L.C. MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTA HERNANDEZ				R.F.C. _____	
PUESTO:		JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS				No. CONTROL:- _____	
AREA:		DIRECCIÓN GENERAL					
CANTIDAD SOLICITADA		1,610.00		(UN MIL SEISCIENTOS SEISCIENTOS DIEZ PESOS 00/100 M.N.)			
CONCEPTO: ENTREGA DE LOS INFORMES TRIMESTRALES EN SEFIPLAN.							
ELABORAR PAGO A FAVOR DE: L.C. MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTA HERNANDEZ							
RFC		CLABE INTERBANCARIA _____					
CHEQUE NUMERO		CUENTA NUMERO _____					
En caso de comisión asignar:		NUMERO DE OFICIO _____					
<b>PLANEACION PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION</b>							
ENTIDAD	PROGRAMA	SUBPROG	PROYECTO		ACTIVIDAD	DEPTO.	PARTIDA
	E1	6	12				
PRESUPUESTO DISPONIBLE POR CAPITULO DE GASTOS			FEDERAL	ESTATAL	INGRESOS PROPIOS		Vo. Bo.
 FIRMA DEL SOLICITANTE							
AUTORIZADO POR:							
 L.C. MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTA HERNANDEZ JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS		 C.P. ADRIANA DEL CARMEN PITALUA TORRES SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA				DR. NEFI DAVID PAVA CHIPOL DIRECTOR GENERAL	





Secretaría de Educación  
Dirección General de Educación Superior  
Dirección de Educación Tecnológica  
Instituto Tecnológico Superior de Acayucan

**AREA: ADMINISTRATIVA**

Número de Oficio: ITSA/S.A. /116/2019

Lugar y Fecha de Oficio: ACAYUCAN 12/04/2019

**NOMBRE:** L.C. MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTA HERNANDEZ  
**CARGO:** JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS

Por medio del presente, me permito informarle a usted que ha sido designado para realizar la comisión que enseguida se detalla:

<b>Lugar:</b>	XALAPA, VER.
<b>Periodo:</b>	15-abr-19
<b>Objetivo.</b>	ENTREGA DE LOS INFORMES TRIMESTRALES EN SEFIPLAN.

Por lo anterior al término de la comisión deberá requisitar el "Formato Registro Único de comisiones al personal".

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
  
**C.P. ADRIANA DEL CARMEN PITALUA TORRES**  
**SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA**

C.c.p. Área de Recursos Humanos - Para su atención y trámite.- Presente  
C.c.p. Área de Presupuesto y/o Recursos Financieros. Para su conocimiento.-Presente

Secretaría de Educación

Dirección General de Educación Superior  
Dirección de Educación Tecnológica  
Instituto Tecnológico Superior de Acayucan**REGISTRO ÚNICO DE COMISIONES AL PERSONAL ESTATAL****Partidas Presupuestales a Afectar:**Por Viáticos \_\_\_\_\_  
Por Gastos de Viaje \_\_\_\_\_  
Combustibles y Lubricantes \_\_\_\_\_  
Traslados Locales \_\_\_\_\_  
Teléfonos y Telfax \_\_\_\_\_**5.- Datos sobre la Comisión:** \_\_\_\_\_ Hojas adicionales al presente.Objetivo de la Comisión.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Principales actividades a desarrollar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de ser necesario, se anexan \_\_\_\_\_ hojas a la presente

**Documentos de Comprobación:**

De Viáticos y Gastos de Viaje:	Importe \$	Administrativos de la Comisión
_____ Hospedaje	_____ \$420.00	_____ Oficio de Comisión
_____ Alimentos	_____ \$580.00	_____ Diplomas o constancias de participación
_____ Boleto de Avión, autobus o tren	_____ \$550.00	_____ Programas de Trabajo
_____ Combustibles y Lubricantes	_____	_____ Actas circunstanciadas
_____ Peaje	_____	_____ Otros
_____ Traslados locales	_____ \$60.00	_____
_____ Telefonía Celular	_____	_____
_____ COPIAS	_____	_____

**Importe Total de Viáticos y Gastos de Viaje Comprobados:**\_\_\_\_\_ \$1,610.00 \_\_\_\_\_ (UN MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS 00/100 M.N.)  
(Número) (Letra)**Reintegro a favor de la Dependencia**\_\_\_\_\_ \$0.00 \_\_\_\_\_ (Letra)  
(Número)**Reintegro a favor del Servidor Público**

\_\_\_\_\_ (Número) \_\_\_\_\_ (Letra)

**Autorización:**\_\_\_\_\_  
DR. NEFI DAVID PAVA CHIPOL

DIRECTOR GENERAL

\_\_\_\_\_  
C.P. ADRIANA DEL CARMEN PITALUA TORRES

SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

**Informe de la Comisión**

De acuerdo a la normatividad vigente en la materia, me permito informarle los resultados de la Comisión efectuada.

**8.1.- Informe :**

En caso de ser necesario, \_\_\_\_\_ hojas anexas al presente

**8.2.- Declaración:**

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que los datos contenidos en este formato son los solicitados y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario

\_\_\_\_\_  
L.C. MARIA DE LOS ANGELES BAUTISTA HERNANDEZ

Nombre y Firma del Servidor Público

