



SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
 CALLE TERCERA No. 604 COL. CENTRO
 C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA
 TEL: 01 (614) 439-99-00
 R.F.C. SSC-971029-MU9

No. 0004365

FECHA
 Chihuahua, Chih., a

22 DE NOVIEMBRE DEL 2018

4365

PAGUESE POR ESTE CHEQUE A

VALENCIA MARINELARENA ENRIQUE RENE

\$ 332.00

-(TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS 00/100 M.N.)-

MONEDA NACIONAL

citibanamex
 El Banco Nacional de México

Banco Nacional de México, S.A.
 Integrante del Grupo Financiero Banamex

SUC. SAN FELIPE, CHIHUAHUA, CHIH 0352

NUM. CTA. 03527644266

FIRMAS AUTORIZADAS

CONCEPTO DEL PAGO

C1-469-18 VISITA VERIFICACION LA CRUZ, CHIH 22 DE NOVIEMBRE 2018, PROYECTO ZONOSIS

FIRMA DE CHEQUE RECIBIDO

[Signature]
 23-XI-18.

P	SP.	CAP.	CUENTAS Y CONCEPTOS	PARCIAL	DEBE	HABER
			112 30411900 VALENCIA MARI&ELARENA ENRIQUE RENE	4365	332.00	
			111 21028000 0352-7644266 (COESPRIS)	4365		332.00

SUMAS IGUALES

332.00

332.00

HECHO POR:

REVISADO:

AUTORIZADO:

AUXILIARES:

DIARIO:

POLIZA No.

[Signature]
 C.P. Elena Prieto

[Signature]
 C.P. Manuel Enrique Delgado

[Signature]
 C.P. MARTIN MARTINEZ

11133117



SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
 CALLE TERCERA No. 604 COL. CENTRO
 C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIHUAHUA
 TEL: 01 (614) 439-99-00
 R.F.C. SSC-971029-MU9

No. 0004365

FECHA
 Chihuahua, Chih., a

22 DE NOVIEMBRE DEL 2018

4365

PAGUESE POR ESTE CHEQUE A

VALENCIA MARIÑELARENA ENRIQUE RENE

\$ 332.00

-(TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS 00/100 M.N.)-

MONEDA NACIONAL

citibanamex
 El Banco Nacional de México

Banco Nacional de México, S.A.
 Integrante del Grupo Financiero Banamex

SUC. SAN FELIPE, CHIHUAHUA, CHIH 0352

NUM. CTA. 03527644266

FIRMAS AUTORIZADAS

CONCEPTO DEL PAGO

C1-459-18 VISITA VERIFICACION LA CRUZ, CHIH 22 DE NOVIEMBRE 2018, PROYECTO ZONOSIS

FIRMA DE CHEQUE RECIBIDO

[Handwritten Signature]
 22-11-18

P	SP.	CAP.	CUENTAS Y CONCEPTOS	PARCIAL	DEBE	HABER
			112 30411900 VALENCIA MARIÑELARENA ENRIQUE RENE	4365	332.00	
			111 21028000 0352-7644266 (COESPRIS)	4365		332.00
SUMAS IGUALES					332.00	332.00

HECHO POR: <i>[Handwritten Signature]</i> L.F. Elena Prieto	REVISADO: <i>[Handwritten Signature]</i> C.P. Manuel Enrique Delgado	AUTORIZADO: <i>[Handwritten Signature]</i> C.P. MARVIN MARTINEZ	AUXILIARES:	DIARIO:	POLIZA No. 11133117
--	---	--	-------------	---------	------------------------



Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO

SECRETARÍA
DE SALUD

Servicios de Salud de Chihuahua
Dirección Administrativa
Subdirección de Programación y Presupuesto

PLIEGO DE COMISIÓN

Nombre del Comisionado: **ING. ENRIQUE RENE VALENCIA MARIÑELARENA** Oficio No. COESPRIS 1-469-18
 RFC: VAME590718G98
 Centro de costo: 04119
 Denominación del Cargo: Verificador Sanitario
 Clave o Nivel del Puesto:
 Denominación del Puesto:
 Adscripción: COESPRIS-CHIH.
 Motivo de la comisión: VISITA DE VERIFICACION
 Lugar de la comisión: LA CRUZ, CHIH.
 Período: 22 DE NOVIEMBRE DE 2018
 Proyecto Prioritario: ZONOSIS

4365
11133117

Funcionario solicitante:

Funcionario que autoriza

IQ. ALEJANDRO IVAN TORRES SANTIESTEBAN
COORDINADOR GENERAL

CP. MARTIN MARTINEZ TREVIZO
SECRETARIO GENERAL

SE AUTORIZAN

Concepto del gasto	Indice	Cuota diaria	Días	Importe
37504 Viáticos		200,00	1	\$200,00
37504 Viáticos por pernocta				-
		Litros	Precio por litro	Importe
26102 Combustible				-
39202 Casetas				132,00
		AEROLÍNEA		
37201 Pasajes terrestres				-
37104 Pasajes aéreos				
Total				\$332,00

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:			
Departamento:		Subdirección/Dirección	
Centro de costo:		Programa:	
Autorización Presupuestal		EJERCIDO	SALDO
C.P. Edgar Noé Nevárez			
Subdirector de Programación y Presupuesto			

VALE A FAVOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA

Recibí la cantidad de: \$332,00
 Correspondiente al pago de viáticos, peaje y combustible, para el desempeño de esta comisión, mismos que serán comprobados en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles posteriores al termino de la misma, caso contrario autorizo para que me sean descontados vía nómina.
 Firma del Empleado Comisionado

Nota: No se admitirán tachaduras ni enmendaduras, la comprobación se deberá de efectuar en un plazo no mayor a 5 días hábiles al término de su comisión, caso contrario se descontará vía nómina

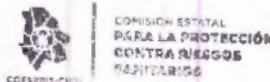
Calle Tercera #604 Col. Centro
 C.P. 31000 Chihuahua, Chih.
 Tel (614) 439-99-00 Ext. 21542
 SPP-00004/00



PTVS. MANUEL OLAGUE AVILA

PLIEGO DE COMISIÓN

Nombre del Comisionado: **ING. ENRIQUE RENE VALENCIA MARINELARENA** Oficio No. **COESPRIS 1-469-18**
 RFC: **VAME590718G98**
 Centro de costo: **04119**
 Denominación del Cargo: **Verificador Sanitario**
 Clave o Nivel del Puesto:
 Denominación del Puesto:
 Adscripción: **COESPRIS-CHIH.**
 Motivo de la comisión: **VISITA DE VERIFICACION**
 Lugar de la comisión: **LA CRUZ, CHIH.**
 Período: **22 DE NOVIEMBRE DE 2018**
 Proyecto Prioritario: **ZOONOSIS**



30 NOV 2018

4365
111 33117

Funcionario solicitante:

Funcionario que autoriza

IQ. ALEJANDRO IVAN TORRES SANTIESTEBAN
COORDINADOR GENERAL

CP. MARTIN MARTINEZ TREVIZO
SECRETARIO GENERAL

RECIBIDO ADMINISTRATIVA

SE AUTORIZAN

Concepto del gasto	Indice	Cuota diaria	Días	Importe
37504 Viáticos		200,00	1	\$200,00
37504 Viáticos por pernocta				-
		Litros	Precio por litro	Importe
26102 Combustible				-
39202 Casetas				132,00
		AEROLÍNEA		
37201 Pasajes terrestres				-
37104 Pasajes aéreos				
Total				\$332,00

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:		Subdirección/Dirección	
Departamento:	Programa:	EJERCIDO	SALDO
Centro de costo:			
Autorización Presupuestal			
C.P. Edgar Noé Nevárez Subdirector de Programación y Presupuesto			

VALE A FAVOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA

Recibí la cantidad de: **\$332,00**

Correspondiente al pago de viáticos, peaje y combustible, para el desempeño de esta comisión, mismos que serán comprobados en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles posteriores al termino de la misma, caso contrario autorizó para que me sean descontados vía nómina.

Firma del Empleado Comisionado

Nota: No se admitirán tachaduras ni enmendaduras, la comprobación se deberá de efectuar en un plazo no mayor a 5 días hábiles al término de su comisión, caso contrario se descontará vía nómina

[Handwritten signature]

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
Chihuahua DERECHO POR USO DE CARRETERAS DE CUOTA.

FECHA 22 noviembre 2018 HORA 09:54:13
CASETA SAUCILLO SENTIDO NORTE-SUR
CLASE AUTOMOVIL CARRIL 5
TARIFA \$66.00 MONEDA PESOS



DETALLES DEL PAGO:
Efectivo \$0.00
TOTAL MONTO RECAUDADO \$66.00
CAMBIO CLIENTE \$0.00

FOLIO: CA5403312122

Exija su ticket y consérvelo, es su seguro contra accidentes.
No exponer al calor.

[Handwritten signature]

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
Chihuahua DERECHO POR USO DE CARRETERAS DE CUOTA.

FECHA 22 noviembre 2018 HORA 12:09:04
CASETA SAUCILLO SENTIDO SUR-NORTE
CLASE AUTOMOVIL CARRIL 3
TARIFA \$66.00 MONEDA PESOS



DETALLES DEL PAGO:
Efectivo \$0.00
TOTAL MONTO RECAUDADO \$66.00
CAMBIO CLIENTE \$0.00

FOLIO: CA3665456647

Exija su ticket y consérvelo, es su seguro contra accidentes.
No exponer al calor.

* Datos obligatorios

Verificar CFDI

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
----------------	----------------------------------	------------------	------------------------------------

FEC151125BQ8	FIBRA ESTATAL CHIHUAHUA SA DE CV	SSC971029MU9	SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
--------------	--	--------------	---------------------------------------

Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
--------------	---------------------	-------------------------	-------------------

27C16C7E- 4BC8-4982- B941-5F880AE97B0B	2018-11-23T10:21:49	2018-11-23T11:22:56	PFE140312IW8
--	---------------------	---------------------	--------------

Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
----------------	------------------------	-------------	------------------------

\$132.00	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación
----------	---------	---------	------------------------------

Imprimir

CERTIFICADO DE PAGO POR DERECHO DE PEAJE

Usuarios Ordinarios

FEC151125BQ8

FIBRA ESTATAL CHIHUAHUA SA DE CV

Régimen Fiscal: 603 Personas Morales con Fines no Lucrativos

Versión: 3.3

FOLIO

C671373

FECHA

23/11/2018 10:21:49

Contribuyente o Razón Social:

SSC971029MU9

SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA

Uso del CFDI: G03 Gastos en general

No. Certificado: 00001000000402472154

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Prod/Serv SAT	Descripción	Unidad SAT	Importe
93161700	CA3665456647 SAUCILLO 3 S-N A1	C62	\$66.00
93161700	CA540332122 SAUCILLO 5 N-S AUTOMOVIL	C62	\$66.00

TOTAL

\$132.00

CANTIDAD CON LETRA

CIENTO TREINTA Y DOS MXN 00 /100

Moneda: MXN Peso Mexicano

Método de Pago: PUE Pago en una sola exhibición

Forma de Pago: 01 Efectivo

Condiciones de Pago: Contado

Fecha de Timbrado:
23/11/2018 11:22:56 a. m.

Versión:
1.1

Sello SAT:

AbLY8XAZzpPXQdv3GeXWp2x4RIQpuBhnbZ4OqMYPq2zj/qySJI/YBAXIptD4v6dU+M9UWgnPbE0uXNBTYGTxw0Thr1UjDDor2QjTod6oQCvZdl6chDKmGgFrowznFyvGDvWjr95oj1EeufgpNzKecUaddORsHZ2hkgEpkyc=



Cadena Original del Complemento de Certificación del SAT:

||1.1|27c16c7e-4bc8-4982-b941-5f880ae97b0b|2018-11-23T11:22:56|QXkAJ83TBtYTsKDCecPvU4o3MPGLWmSrK+3A8a3G1AALgwnvcv|OI5LllnQa2XQHRyqBLcKY3EHFZ0/KnHORc++gVF/3FQ9jPVA8/NwUN3Lu6b7d3bSe1c6V8nUcJrQNE9R6DKP0vcCj1/fyHwbR+EDyG2QDsZQOpsQTFxyIe79mAj1v7FvkuX62nR5Cap9CD9kFpmbzeMVVrJpdVwkUo41gWLRc7rLld5dtfrmIbYwhPqT2lWJ4B1+LQkvFLvA1xMvxJLoAfbXFcYUXS5TYkrdfmdJyJIGIEZpEC53S44Lm63Q6TX5dJ0z+77dLcMgPhFECHLAfrAS5hPoA==|00001000000306850881||

Sello Digital del CFDI:

QXkAJ83TBtYTsKDCecPvU4o3MPGLWmSrK+3A8a3G1AALgwnvcv|OI5LllnQa2XQHRyqBLcKY3EHFZ0/KnHORc++gVF/3FQ9jPVA8/NwUN3Lu6b7d3bSe1c6V8nUcJrQNE9R6DKP0vcCj1/fyHwbR+EDyG2QDsZQOpsQTFxyIe79mAj1v7FvkuX62nR5Cap9CD9kFpmbzeMVVrJpdVwkUo41gWLRc7rLld5dtfrmIbYwhPqT2lWJ4B1+LQkvFLvA1xMvxJLoAfbXFcYUXS5TYkrdfmdJyJIGIEZpEC53S44Lm63Q6TX5dJ0z+77dLcMgPhFECHLAfrAS5hPoA==

No. Certificado SAT:
00001000000306850881

Folio Fiscal (UUID): 27c16c7e-4bc8-4982-b941-5f880ae97b0b

NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR

00001000000400671624

FECHA DE EMISIÓN

22/11/2018 12:33:03 p.m.

NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT

00001000000400254801

FECHA DE CERTIFICACIÓN

22/11/2018 01:34:02 p.m.

FOLIO FISCAL: 1937C390-98CD-42AA-AC2B-E95FE7C50

EMISOR

NOMBRE: JESUS SALDIVAR ARMENDARIZ
 RFC: SAAJ4812289H4
 RÉGIMEN FISCAL: 612 - Personas Físicas con Actividades Empresariales y Profesionales

RECEPTOR

NOMBRE: SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
 RFC: SSC971029MU9
 USO CFDI: G03 - Gastos en general

DATOS GENERALES

LUGAR EXPEDICIÓN: 33130 TIPO COMPROBANTE: I - Ingreso
 MÉTODO DE PAGO: PUE - Pago en una sola exhibición MONEDA: MXN - Peso Mexicano
 FORMA DE PAGO: 01 - Efectivo

CLAVE	UNIDAD	CANT	NO. ID	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	DESC	IMPORTE
90101501	ACT - ACTIVIDAD	1.00	XABC01XABC01	CONSUMO DE ALIMENTOS	\$187.93	\$0.00	\$187.93
				IMPUESTOS TRASLADADOS	002 - IVA Tasa 16.00 %	\$30.07	

OBSERVACIONES: Folios: 11066,

SUBTOTAL	\$187.93
002 - IVA Tasa 16.00 %	\$30.07
IMPUESTOS TRASLADADOS	\$30.07
TOTAL	\$248.07

SON: DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS, 00/100 MXN

SIMBOLOGÍA DE CLAVES DE CATÁLOGOS DEL SAT

CLAVE SAT	DESCRIPCIÓN
90101501	Restaurantes
ACT	Actividad

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT

RFC DEL PROVEEDOR DE CERTIFICACIÓN: LSO1306189R5

||1.1|1937c390-98cd-42aa-ac2b-e95fe7c50101|2018-11-22T13:34:02|LSO1306189R5|XE:0|3o49soiVd5Z+7WC6yld1c4RTfKfBM3mKg3WARZUXrchzfcP+WiTrWlkjdJlxYQU8BA2AOEQcvMkGhipY6KqGhuyc3Urk9DouORf/6b57Xqz114oLFyXWmhDlbnUe7HW6h0+gKjh+lUFyWYaZ6FjAoJXYvAWBp4qKXmd8TFpsOAv3h+leC0/6ZjE:3CPNneOFOR8MTYn8f2Insz/bftzY5f4zdXEjOeknl/q088oDbDHIIRMIhA/CuzfKCKss2Mz9HfHxsrfsOBUD5snnbPKTLSIVO4uXwpF3Xo3KjVF1KgA+GwLJ23hCrXQ361rqzTOHuEIN8E:pzO==||00001000000400254801||



SELLO DIGITAL DEL CFDI

XE:0|3o49soiVd5Z+7WC6yld1c4RTfKfBM3mKg3WARZUXrchzfcP+WiTrWlkjdJlxYQU8BA2AOEQcvMkGhipY6KqGhuyc3Urk9DouORf/6b57Xqz114oLFyXWmhDlbnUe7HW6h0+gKjh+lUFyWYaZ6FjAoJXYvAWBp4qKXmd8TFpsOAv3h+leC0/6ZjE:3CPNneOFOR8MTYn8f2Insz/bftzY5f4zdXEjOeknl/q088oDbDHIIRMIhA/CuzfKCKss2Mz9HfHxsrfsOBUD5snnbPKTLSIVO4uXwpF3Xo3KjVF1KgA+GwLJ23hCrXQ361rqzTOHuEIN8E:pzO==

SELLO DEL SAT

uJZ02a9rHd6QB8HkBDpav3TmVQ06qUw1+3ZVv4cWUJefJcATZmpwj+G9xeh6DJmgEdcHivUA01Rq7VKQ2LjxVkrS3YKRO1j|/T'SiwE0b26mpSHLSwUEXj|PbhjGv39NYDJg3lWjTnDmeOFZBAAdXIVmmKMMlkeADyJ07cl.dVe8UzumBPbO5eB81HshULg14d8xbiO+Yr7IIFNj|tBOageNblbF/1OAnhCr0aomN4bz5ylj8WUehOf3niO9xKXKE:JaR1Se0ppqzIzra4O4tet9fE8Bve83TrL.SWwpu6+V3I90PvhqGIEIT7ejoJ5RJkCYsULxYyalzbnw2IHgNFdg==

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

EFFECTOS FISCALES AL PAGO

* Datos obligatorios

Verificar CFDI

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
SAAJ4812289H4	JESUS SALDIVAR ARMENDARIZ	SSC971029MU9	SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA
Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
1937C390-98CD-42AA-AC2B-E95FE7C50101	2018-11-22T12:33:03	2018-11-22T13:34:02	LSO1306189R5
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$218.00	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación

Imprimir

No. OFICIO COESPRIS 1-469-18
LA CRUZ, CHIH., 22 DE NOVIEMBRE DE 2018

INFORME DE COMISIÓN:

Verificación Sanitaria

PERSONAS CON LAS QUE DESARROLLO SU COMISIÓN:

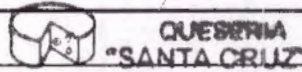
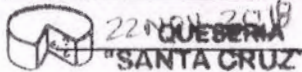
Encargado de establecimiento

COMPROMISOS:

Seguimiento posterior.

CERTIFICACIÓN DE PERMANENCIA:

Fecha:



Hora de llegada:

Hora de salida:

Nombre:

Firma:

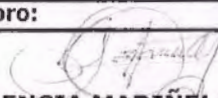
SABOR INIGUALABLE!
R.F.C. UAGJ6110163D1
199

SABOR INIGUALABLE!
R.F.C. UAGJ6110163D1
Carr. Panamericana Km 18.9
La Cruz, Chihuahua
C.P. 333670

Liliana Ramirez

Sello:

Elaboro:



ING. ENRIQUE RENE VALENCIA MARINELARENA

Nombre y firma

LIC