

**Formato Único de Comisión**

**GENERALIDADES**

C. ALVAREZ IZAZAGA MARSELA ALEJANDRA No. Oficio: 116

ADSCRIPCIÓN: DEPARTAMENTO DE NUTRICION APLICADA Y EDUCACION NUTRICIONAL

FILIACIÓN: DIRECCION DE NUTRICION FECHA: 01/10/2019

PUESTO: INVESTIGADOR EN CIENCIAS MED A

CLAVE / CATEGORIA: CF41044

RESIDENCIA: CIUDAD DE MEXICO

LUGAR DE COMISIÓN (PAIS / ESTADO / CAPITAL): Mexico Estado de Mexico Toiuca de Lerdo

PERIODO DE AUSENCIA: 5 DIAS, DEL 20/09/2019 AL 24/09/2019

NACIONAL  INTERNACIONAL  (MARCAR CON UNA X)

MOTIVO DE LA COMISION: EVALUAR FUNC. NEUROPSICOLOGICAS, PRUEBAS P/DETECTAR SIGNOS BLANDOS, VISITAS DOM. IR AL INST. DE NEUR

MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE  AEREO  (MARCAR CON UNA X)

**SOLICITUD DE VIÁTICOS**

| LUGARES Y PERÍODOS DE LA COMISIÓN |   | TARIFA | CUOTA DIARIA | DIAS       | IMPORTE     |
|-----------------------------------|---|--------|--------------|------------|-------------|
| DEL                               | <u>20/09/2019</u> AL <u>24/09/2019</u><br><u>Estado de Mexico</u> |        | <u>0</u>     | <u>4.5</u> | <u>0.00</u> |

**SELLO PRESUPUESTAL**

| AÑO               | RAMO     | UR               | GF           | FN       | SF       | PG       | AI       | AP | PP |
|-------------------|----------|------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----|----|
| 2019              | 12       | NCG              | 0            | 0        | 0        | 0        | 0        | 0  | 0  |
|                   |          |                  | 0            | 0        | 0        | 0        | 0        | 0  | 0  |
|                   |          |                  | 0            | 0        | 0        | 0        | 0        | 0  | 0  |
| TOTAL DEL VIATICO |          |                  | <u>0.00</u>  |          |          |          | OG       | TG | FF |
| NUM. DE CHEQUE    |          | CONCEPTO/PARTIDA |              |          |          |          |          |    |    |
|                   | <u>0</u> | <u>0.00</u>      | <u>Sufic</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>4</u> |    |    |
|                   | <u>0</u> | <u>0.00</u>      | <u>Sufic</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>4</u> |    |    |
|                   | <u>0</u> | <u>0.00</u>      | <u>Sufic</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>4</u> |    |    |

**EVALUACIÓN:**

DOCUMENTOS DE RESPALDO

- ( ) ACTAS CIRCUNSTANCIADAS
- ( ) DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN
- ( ) PROGRAMAS DE TRABAJO
- ( X ) INFORME DE LA COMISIÓN
- ( X ) OTROS **COMPROBANTES**

DESCRIBIR

**PASAJES**

VIAJE REDONDO  SI  De CIUDAD DE MEXICO a Estado de Mexico Mexico

CIUDAD DE MEXICO Estado de Mexico CIUDAD DE MEXICO

Vuelo: \_\_\_\_\_

Día: \_\_\_\_\_

No.Boleto: \_\_\_\_\_



19 NOV 2019

**SELLO PRESUPUESTAL**

| AÑO            | RAMO         | UR               | GF             | FN           | SF           | PG        | AI       | AP   | PP    |
|----------------|--------------|------------------|----------------|--------------|--------------|-----------|----------|------|-------|
| 2019           | 12           | NCG              | 3              | 8            | 1            | 0         | 24       | E022 | IV050 |
| IMPORTE        |              |                  | <u>1767.82</u> |              |              |           | OG       | TG   | FF    |
| NUM. DE CHEQUE |              | CONCEPTO/PARTIDA |                |              |              |           |          |      |       |
|                | <u>39202</u> | <u>236.00</u>    | <u>Sufic.</u>  | <u>19438</u> | <u>39202</u> | <u>1.</u> | <u>4</u> |      |       |
|                | <u>37201</u> | <u>132.00</u>    | <u>Sufic.</u>  | <u>19437</u> | <u>37201</u> | <u>1</u>  | <u>4</u> |      |       |
|                | <u>26102</u> | <u>1,399.82</u>  | <u>Sufic.</u>  | <u>19436</u> | <u>26102</u> | <u>1</u>  | <u>4</u> |      |       |

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE APLICARÍAN EN CASO CONTRARIO.

PAGADO

DEPTO. DE TESORERIA  
AUTORIZA

*MARCELA IZAZAGA*  
C. ALVAREZ IZAZAGA MARSELA ALEJANDRA  
COMISIONADO

*Dr. Adolfo Chavez Villasana*  
DR. ADOLFO CHAVEZ VILLASANA  
AUTORIZA

*Dr. David Kershenovich Stalnikowitz*  
Dr. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ  
DIRECTOR GENERAL



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**2019**  
ANIVERSARIO EMILIANO ZAPATA



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

**OFICIO DE COMISIÓN**

Ciudad de México a: 1 de octubre de 2019  
Oficio: 116

ALVAREZ IZAZAGA MARSELA ALEJANDRA  
INVESTIGADOR EN CIENCIAS MED A  
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito informarle(s) a usted(es) que ha sido designado(s) para realizar la comisión que enseguida se detalla:

|  |                          |   |                                     |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| Lugar de Comisión:   | Mexico                   | Toluca de Lerdo   |                                     |
| Nacional:  | XXX                      | Internacional   |                                     |
| Periodo del:   | 20 de septiembre de 2019 | al:   | 24 de septiembre de 2019            |
| Objetivo: EVALUAR FUNC. NEUROPSICOLOGICAS, PRUEBAS P/DETECTAR SIGNOS BLANDOS, VISITAS DOM. IR AL INST. DE NEUR   |                          |   |                                     |
| Comisión pagada por: DGPYP   | <input type="text"/>     | OTRA INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA:   | <input type="text" value="12 NCG"/> |
| <p>Por lo anterior deberá solicitar a la Subdirección de Administración y Finanzas los viáticos y pasajes en los formatos autorizados, de igual manera al término de la comisión deberá requisitar el "Formato de Comprobación de Viáticos y Pasajes e Informe de Comisión."</p> |                          | <p>Nombre: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</p> <p>Costo aproximado: Boleto de Avión: 0.00<br/>Viáticos, Hospedaje: 0.00<br/>Alimentos: 0.00<br/>Transporte Terrestre: 1,767.82<br/>Otros:</p> |                                     |

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.

Atentamente

DR. ADOLFO CHAVEZ VILLASANA  
AUTORIZA





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**2019**  
AÑO DE GABRILO DEL BARRIO  
EMILIANO ZAPATA



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

Oficio: 116  
01/10/2019

Ciudad de México a: 2 de octubre de 2019

**INFORME DE COMISIÓN**

**Dr. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ**  
**DIRECTOR GENERAL**  
Presente

Con fundamento en lo dispuesto en el Numeral 24 de los Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, se rinde el Informe sobre la:

**EVALUAR FUNC. NEUROPSICOLOGICAS, PRUEBAS P/DETECTAR SIGNOS BLANDOS, VISITAS DOM. IR AL INST. DE NEUR**

|   |   |                                 |                                |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre del Servidor Público Comisionado:</b> | ALVAREZ IZAZAGA MARSELA ALEJANDRA   |                                 |                                |
| <b>Cargo:</b>                                   | INVESTIGADOR EN CIENCIAS MED A  |                                 |                                |
| <b>Fecha del Informe:</b>                       | 2 de octubre de 2019  |                                 |                                |
| <b>Adscripción:</b>                             | DEPARTAMENTO DE NUTRICION APLICADA Y EDUCACION NUTRICIONAL  |                                 |                                |
| <b>Lugar y período de la comisión:</b>          | Estado de Mexico  | del<br>20 de septiembre de 2019 | al<br>24 de septiembre de 2019 |
| <b>Objeto y/o motivo de la comisión:</b>        | EVALUAR FUNC. NEUROPSICOLOGICAS, PRUEBAS P/DETECTAR SIGNOS BLANDOS, VISITAS DOM. IR AL INST. DE NEUR  |                                 |                                |
| <b>Resumen de las actividades realizadas:</b>   | Asisti a la comunidad Sitio Centro para evaluar procesos cognitivos en visitas domiciliarias de los niños de 6 a 8 años de edad y para obtener el consentimiento informado de los padres de los niños que asistieron al estudio de resonancia magnetica en Juriquilla, Qro el 21 de septiembre se descompuso la camioneta Suburban y se llevo la camioneta Wagon Econoline 621-PPD. Regreso a la CDMX en autobus foraneo. |                                 |                                |
| <b>Conclusiones y resultados obtenidos</b>      | SE EVALUO A 6 NINOS EN UNA PARTE DE SUS PROCESOS COGNITIVOS A TRAVES DE LA PRUEBA CANTAB. SE APLICO UNA PRUEBA PARA DETECTAR SIGNOS BLANDOS A 5 NINOS DE LA COMUNIDAD Y SE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE LOS NINOS A LOS QUE SE LES REALIZARON  |                                 |                                |
| <b>Contribuciones a la Dependencia</b>          | SE TIENE UN REGISTRO DE DATOS DE PROCESOS COGNITIVOS, SIGNOS BLANDOS Y RESONANCIA MAGNETICA DE NINOS DE 6 A 9 AMOS DE EDAD QUE PADECIERON DESNUTRICION SEVERA EN SUS PRIMEROS 7 AMOS DE VIDA Y NINOS SIN DESNUTRICION. SE CUENTA CON LOS CONSENTIMIENTOS  |                                 |                                |

  
ALVAREZ IZAZAGA MARSELA ALEJANDRA  
COMISIONADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS  
MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN"  
**19 NOV 2019**  
**PAGADO**  
**DEPTO. DE TESORERIA**

  
DR. ADOLFO CHAVEZ VILLASANA  
AUTORIZA