



Usr: GABRIELA VÁZQUEZ  
Rep: rptPoliza

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
CHIHUAHUA

Póliza: C16819 Del 19/12/2024

Fecha y hora de Impresión | 19/dic./2024  
10:20 a. m.  
Página | 1

Concepto: FEN -F- OC 10078 HOSPEDAJE Y ALIMENTACION A EVALUADORES COMACE. GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976

Beneficiario: **IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.**

Folio / Cheque : 269123

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0002	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$540.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0003	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0004	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,720.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0005	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0006	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,280.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0007	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$4,500.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0008	8270-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$830.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0009	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0010	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$540.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0011	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0012	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,720.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0013	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0014	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,280.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0015	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$4,500.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0016	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$830.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0017	2112-1-001048	IMPULSORA PROMOTORA DEL	\$26,870.00		FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
0018	1112-03-5300-001	BBVA BANCOMER CTA.		\$26,870.00	FF:1489F, GP IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V., Folio Pago: 10976
<b>Sumas iguales =&gt;</b>			<u>53,740.00</u>	<u>53,740.00</u>	



Usr: GABRIELA VÁZQUEZ  
Rep: rptPoliza

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
CHIHUAHUA**

Fecha y hora de Impresión | 19/dic./2024  
10:10 a. m.  
Página | 1

Póliza: P31915 Del 19/12/2024

Concepto: FEN -F- OC 10078 HOSPEDAJE Y ALIMENTACION A EVALUADORES COMACE. GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0002	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$540.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0003	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0004	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,720.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0005	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0006	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,280.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0007	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$4,500.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0008	8260-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$830.00		FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0009	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0010	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$540.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0011	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0012	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,720.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0013	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0014	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,280.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0015	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$4,500.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
0016	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$830.00	FF:1489F, GE Compra : 30315, Pago Programado: 8956
<b>Sumas iguales =&gt;</b>			<u>26,870.00</u>	<u>26,870.00</u>	



Usr: GABRIELA VÁZQUEZ  
Rep: rptPoliza

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA CHIHUAHUA

Póliza: P31913 Del 01/12/2024

Fecha y hora de Impresión | 19/dic./2024  
10:05 a. m.  
Página | 1

Concepto: FEN -F- OC 10078 HOSPEDAJE Y ALIMENTACION A EVALUADORES COMACE. GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0002	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$540.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0003	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0004	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,720.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0005	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$6,000.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0006	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$1,280.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0007	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$4,500.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0008	8250-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente	\$830.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0009	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0010	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$540.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0011	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0012	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,720.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0013	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$6,000.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0014	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$1,280.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0015	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$4,500.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0016	8240-1489F-UACH24-5300-37501-1	Viáticos en el país G. Corriente		\$830.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0017	5137-37501	Viáticos en el país	\$26,870.00		FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
0018	2112-1-001048	IMPULSORA PROMOTORA DEL		\$26,870.00	FF:1489F, GD Compra : 30315 Factura: 866A8F, 1048 IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.
<b>Sumas iguales =&gt;</b>			53,740.00	53,740.00	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
 SOLICITUD DE VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE

27 NOV 2024

**NOMBRE:** Dra. Vianey Mendez Salazar **ÁREA/U.A.:** EVALUADOR COMACE

**FECHAS SALIDA:** 26/11/2024 **RETORNO:** 30/11/2024 **EVENTO:** Visita del comité evaluador COMACE para el proceso de acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería

**Puesto:** EVALUADOR COMACE **Fecha de elaboración:** 21-nov-24

**Transporte:** Terrestre \_\_\_\_\_ **No. Empleado:** \_\_\_\_\_

**Solicita:** Aéreo  **Público** \_\_\_\_\_ **Auto UACH** \_\_\_\_\_ **Particular** \_\_\_\_\_  
 Alimentos  **Taxi** \_\_\_\_\_ **Gasolina** \_\_\_\_\_ **Hospedaje**

**Destino:** CDMX-CHIHUAHUA-DCMX **Núm. noches de hotel:** 4

**Salida:** Fecha: 26/11/2024 **Escalas:** \_\_\_\_\_

**Regreso:** Fecha: 30/11/2024 **Duración de la comisión:** \_\_\_\_\_

**Cuenta de transferencia:** \_\_\_\_\_ **Banco:** \_\_\_\_\_ **No. de días:** 5

**Clabe Interbancaria:** \_\_\_\_\_ **Cel. Contacto:** \_\_\_\_\_

**JUSTIFICACIÓN DEL VIAJE**

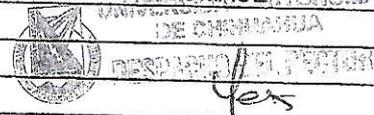
**MOTIVO DE LA COMISIÓN:** Re acreditación de la Licenciatura en Enfermería por el Organismo acreditador COMACE

Dra. Vianey Mendez Salazar de la Universidad Autónoma del Estado de México

e-mail \_\_\_\_\_

cel ( \_\_\_\_\_ )

Fecha de nacimiento: 18 de febrero de 1964



26 NOV 2024 11:23 am

SALDRAN CON RECURSO F

**RECIBIDO**  
 Legajo Delgado

**AUTORIZACIÓN**

**INTERESADO:** M. Sra. PAOLA ANGULO SEPÚLVEDA

**AREA SOLICITANTE:** Dra. MARIANA VARGAS BELTRÁN

**DIRECTOR, COORDINADOR COORDINADOR / J. ÁREA:** Lic. ALBERTO ELOY ESPINO DICKEN

**RECTOR:** M.D. LUIS ALFONSO RIVERA CAMPOS

**RECIBO DE GASTOS A COMPROBAR Ó DESCUENTO VÍA NÓMINA**

Recibí de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA LA CANTIDAD DE : \$ \_\_\_\_\_

Con letra: \_\_\_\_\_

Por concepto de gastos a comprobar en comisión conferida y solicitada en el presente formato, me comprometo a comprobar los gastos que se realicen en la comisión dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje y en caso de tener remanente reintegrarlo a la Universidad por medio de las Cajas Únicas.

Debo y Pagaré: De no comprobar los gastos de la comisión conferida dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje, autorizo a la Universidad Autónoma de Chihuahua realice el descuento por nómina de la cantidad de \_\_\_\_\_

conforme a la legislación aplicable.

Chihuahua, Chih. a \_\_\_\_\_ 21 de noviembre de 2024

**Número empleado:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** Paola Angulo Sepi **Autorizo:** \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN CONTABLE PRESUPUESTAL**

Suficiencia presupuestal \_\_\_\_\_

Adeudos pendientes \_\_\_\_\_

Por los Boletos de Avión: \_\_\_\_\_

Por los Gastos a Comprobar: \_\_\_\_\_



18 DIC 2024

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA  
 TRANSFERENCIA

Vo.Bo. Contabilidad

**Asunto:** Informe de Visita de Verificación  
**Ref.:** COM 141/2024-2029  
Cd. Victoria Tamaulipas, 19 de noviembre del 2024

**Dra. Mariana Vargas Beltrán**  
Directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología  
Universidad Autónoma de Chihuahua  
**Presente.-**

Para realizar la visita de verificación del proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería que se oferta en la Facultad de Enfermería y Nutriología, de esa honorable Universidad, comunico lo siguiente:

Se ha programado la fecha para el proceso de verificación que es de tres días, por lo que los evaluadores externos del COMACE, A.C., estarán trabajando en los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024. A continuación, señalamos a usted algunos aspectos que deben ser considerados para la buena marcha del proceso de verificación del programa, los cuales se señalan a continuación:

1. Los pares académicos presenciales llegaran el día 26 de noviembre del 2024, para la reunión de bienvenida y acuerdos de agenda definitiva, a partir de las 18:00 horas.
2. La agenda de trabajo de los pares académicos que llevaran a cabo el proceso de verificación, durante los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 será en un horario 9:00 a 14:00 de 15:00 a 19:00, con un receso para la comida.
3. El primer día de evaluación se podrá tener una reunión de bienvenida con las autoridades competentes y algún representante de la escuela, en esta sesión se podrá hacer una síntesis del plan de estudios y de la organización del programa. Esta reunión no podrá exceder de 45 minutos.
4. De igual manera le solicitarán un acompañante para el recorrido de las instalaciones, laboratorios, centro de cómputo, biblioteca para los evaluadores presenciales.
5. Agradecemos la atención que brinde a los pares académicos, en lo que respecta a los traslados al hotel y centros de trabajo y en relación con el tiempo de comida.
6. Agradecemos a usted las facilidades que otorgue al evaluador externo respecto a equipo de cómputo y material de oficina.
7. Se llevarán a cabo sesiones programadas por día en diferentes horarios y se solicita a la dependencia donde se evalúa el programa académico, se

mantengan atentos a cualquier solicitud de información dentro del horario de trabajo que iniciara a las 9.00 horas y concluye a más tardar a las 19.00 horas de los días de evaluación externa. Se tendrá un receso para comida de 14.00 a 15.00 horas.

8. El último día del proceso de verificación, los pares académicos elaboraran el acta de la visita de verificación y solicitaran copia de los documentos que consideren necesarios (escaneados) como evidencia, los que serán entregados al Consejo Directivo de COMACE, A.C., a fin de ser analizados y elaborar el **Dictamen** del proceso de Re-acreditación Nacional. En este último se comunicará a usted el resultado del programa de la Licenciatura en Enfermería que se imparte en la institución a su digno cargo. **Los pares académicos no están autorizados para comunicar a usted ninguna información del resultado de la visita de verificación.**
9. En relación a traslado, de los profesores evaluadores externos suplico a Usted entrar en contacto, para los arreglos correspondientes a transporte y viáticos, por lo que se le enviaran los datos donde puedan localizarlos.

Agradezco la atención a la presente y reitero a usted mis más atentas y distinguidas consideraciones.

ATENTAMENTE  
"CALIDAD EN LA EDUCACION DE ENFERMERÍA"



DRA. CINTHYA PATRICIA IBARRA GONZALEZ  
PRESIDENTA DE COMACE, A.C.

c.c.p. Archivo  
PDTE/DRA'CPIG/acpg

Presento a usted el equipo de la visita de verificación del proceso de Re-acreditación Nacional del programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 llegando el día 26 de noviembre a más tardar a las 18:00 horas los evaluadores presenciales.

**DRA. VIANEY MENDEZ SALAZAR**  
(COORDINADOR)  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**DR. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

---

**DR. FRANCISCO JAVIER LÓPEZ RRINCÓN**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA

**DRA. MA. DEL ROCIO ROCHA RODRÍGUEZ**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
SOLICITUD DE VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE

22 NOV 2024

NOMBRE: Dr. Abraham Isaac Esquivel Rubio  
 FECHAS SALIDA: 26/11/2024 RETORNO: 30/11/2024  
 ÁREA/U.A.: EVALUADOR COMACE  
 EVENTO: Visita del comité evaluador COMACE para el proceso de acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería

Puesto: EVALUADOR COMACE  
 Transporte: Terrestre \_\_\_\_\_  
 Solicita: Aéreo X Público \_\_\_\_\_  
 Alimentos X Taxi \_\_\_\_\_  
 Destino: MEXICALI-CHIHUAHUA -MEXICALI  
 Fecha de elaboración: 21-nov-24  
 No. Empleado: \_\_\_\_\_  
 Auto UACH \_\_\_\_\_ Auto \_\_\_\_\_  
 Gasolina \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_  
 Hospedaje X  
 Núm. noches de hotel: 4  
 Escalas: \_\_\_\_\_  
 Salida: Fecha: 26/11/2024 Hora: \_\_\_\_\_  
 Regreso: Fecha: 30/11/2024 Hora: \_\_\_\_\_  
 Cuenta de transferencia: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_  
 Clabe Interbancaria: \_\_\_\_\_ Cel. Contacto: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN DEL VIAJE

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Re acreditación de la Licenciatura en Enfermería por el Organismo acreditador COMACE  
 nombre del evaluador: Abraham Isaac Esquivel Rubio de la Universidad Autónoma de Baja California  
 E-mail: A \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Cel.: \_\_\_\_\_

SAUDRAN CON F  
RECURSO



76 NOV 2024 11:23 am

RECIBIDO  
Leticia Delgado

AUTORIZACIÓN

INTERESADO: M.Sr. PAOLA ANGULO SEPÚLVEDA  
 AREA SOLICITANTE: DRA. MARIANA VARGAS BELTRÁN  
 DIRECTOR, COORDINADOR COORDINADOR / J. ÁREA: LIC. ALBERTO ELOY ESPINO DICKEN  
 RECTOR: M.D. LUIS ALFONSO RIVERA CAMPOS

RECIBO DE GASTOS A COMPROBAR Ó DESCUENTO VÍA NÓMINA

Recibí de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA LA CANTIDAD DE: \$ \_\_\_\_\_  
 Con letra: \_\_\_\_\_  
 Por concepto de gastos a comprobar en comisión conferida y solicitada en el presente formato, me comprometo a comprobar los gastos que se realicen en la comisión dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje y en caso de tener remanente reintegrarlo a la Universidad por medio de las Cajas Únicas.  
 Debo y Pagaré: De no comprobar los gastos de la comisión conferida dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje, autorizo a la Universidad Autónoma de Chihuahua realice el descuento por nómina de la cantidad de \_\_\_\_\_  
 Chihuahua, Chih. a \_\_\_\_\_ 21 de noviembre de 2024  
 Número empleado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Paola Angulo Sepúlveda Autorizo

APLICACIÓN CONTABLE PRESUPUESTAL

Suficiencia presupuestal \_\_\_\_\_  
 Adeudos pendientes \_\_\_\_\_  
 Por los Boletos de Avión: \_\_\_\_\_  
 Por los Gastos a Comprobar: \_\_\_\_\_

Vo.Bo. Contabilidad

**Asunto:** Informe de Visita de Verificación  
**Ref.:** COM 141/2024-2029  
Cd. Victoria Tamaulipas, 19 de noviembre del 2024

**Dra. Mariana Vargas Beltrán**  
Directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología  
Universidad Autónoma de Chihuahua  
**Presente.-**

Para realizar la visita de verificación del proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería que se oferta en la Facultad de Enfermería y Nutriología, de esa honorable Universidad, comunico lo siguiente:

Se ha programado la fecha para el proceso de verificación que es de tres días, por lo que los evaluadores externos del COMACE, A.C., estarán trabajando en los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024. A continuación, señalamos a usted algunos aspectos que deben ser considerados para la buena marcha del proceso de verificación del programa, los cuales se señalan a continuación:

1. Los pares académicos presenciales llegaran el día 26 de noviembre del 2024, para la reunión de bienvenida y acuerdos de agenda definitiva, a partir de las 18:00 horas.
2. La agenda de trabajo de los pares académicos que llevaran a cabo el proceso de verificación, durante los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 será en un horario 9:00 a 14:00 de 15:00 a 19:00, con un receso para la comida.
3. El primer día de evaluación se podrá tener una reunión de bienvenida con las autoridades competentes y algún representante de la escuela, en esta sesión se podrá hacer una síntesis del plan de estudios y de la organización del programa. Esta reunión no podrá exceder de 45 minutos.
4. De igual manera le solicitarán un acompañante para el recorrido de las instalaciones, laboratorios, centro de cómputo, biblioteca para los evaluadores presenciales.
5. Agradecemos la atención que brinde a los pares académicos, en lo que respecta a los traslados al hotel y centros de trabajo y en relación con el tiempo de comida.
6. Agradecemos a usted las facilidades que otorgue al evaluador externo respecto a equipo de cómputo y material de oficina.
7. Se llevarán a cabo sesiones programadas por día en diferentes horarios y se solicita a la dependencia donde se evalúa el programa académico, se

mantengan atentos a cualquier solicitud de información dentro del horario de trabajo que iniciara a las 9.00 horas y concluye a más tardar a las 19.00 horas de los días de evaluación externa. Se tendrá un receso para comida de 14.00 a 15.00 horas.

8. El último día del proceso de verificación, los pares académicos elaboraran el acta de la visita de verificación y solicitaran copia de los documentos que consideren necesarios (escaneados) como evidencia, los que serán entregados al Consejo Directivo de COMACE, A.C., a fin de ser analizados y elaborar el **Dictamen** del proceso de Re-acreditación Nacional. En este último se comunicará a usted el resultado del programa de la Licenciatura en Enfermería que se imparte en la institución a su digno cargo. **Los pares académicos no están autorizados para comunicar a usted ninguna información del resultado de la visita de verificación.**
9. En relación a traslado, de los profesores evaluadores externos suplico a Usted entrar en contacto, para los arreglos correspondientes a transporte y viáticos, por lo que se le enviaran los datos donde puedan localizarlos.

Agradezco la atención a la presente y reitero a usted mis más atentas y distinguidas consideraciones.

ATENTAMENTE  
"CALIDAD EN LA EDUCACION DE ENFERMERÍA"



DRA. CINTHYA PATRICIA IBARRA GONZALEZ  
PRESIDENTA DE COMACE, A.C.

c.c.p. Archivo  
PDTE/DRA'CPIG/acpg

Presento a usted el equipo de la visita de verificación del proceso de Re-acreditación Nacional del programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 llegando el día 26 de noviembre a más tardar a las 18:00 horas los evaluadores presenciales.

**DRA. VIANEY MENDEZ SALAZAR**

**(COORDINADOR)**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**DR. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

**DR. FRANCISCO JAVIER LÓPEZ RRINCÓN**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA

**DRA. MA. DEL ROCIO ROCHA RODRÍGUEZ**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

22 NOV 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
SOLICITUD DE VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA

NOMBRE: Dr. Francisco Javier López Rincón  
ÁREA/U.A.: EVALUADOR COMACE

FECHAS SALIDA: 26/11/2024 RETORNO: 30/11/2024  
EVENTO: Visita del comité evaluador COMACE para el proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería

Puesto: EVALUADOR COMACE  
Fecha de elaboración: 21-nov-24  
Transporte: Terrestre  No. Empleado:

Solicita: Aéreo  Público  Auto UACH  Particular   
Alimentos  Taxi  Gasolina  Hospedaje

Destino: Torreon- Chihuahua - Torreon  
Escalas:  Núm. noches de hotel: 4

Número de acompañantes:   
Salida: Fecha: 26/11/2024 Hora:

Regreso: Fecha: 30/11/2024 Hora:

Cuenta de transferencia:   
Clabe Interbancaria:  Banco:  Cel. Contacto:

Duración de la comisión  
No. de días: 5

JUSTIFICACIÓN DEL VIAJE

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Re acreditación de la Licenciatura en Enfermería por el Organismo acreditador COMACE

nombre del evaluador: Dr. Francisco Javier López Rincón

E-mail:   
cel (  )

se solicita pago por gasolina y cassetas para el traslado terrestre del Evaluador ya que él utilizará vehiculo propio

SALDRAN CON RECURSO F



25 NOV 2024 11:25am

RECIBIDO Leticia Delgado

AUTORIZACIÓN

INTERESADO  M.S.T. PAOLA ANGULO SEPÚLVEDA	AREA SOLICITANTE  DRA. MARIANA VARGAS BELTRÁN	DIRECTOR, COORDINADOR COORDINADOR / J. ÁREA  LIC. ALBERTO ELOY ESPINO DICKEN	RECTOR  M.D. LUIS ALFONSO RIVERA CAMPOS
---	---	---	---

RECIBO DE GASTOS A COMPROBAR Ó DESCUENTO VÍA NÓMINA

Recibi de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA LA CANTIDAD DE : \$

Con letra: Por concepto de gastos a comprobar en comisión conferida y solicitada en el presente formato, me comprometo a comprobar los gastos que se realicen en la comisión dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje y en caso de tener remanente reintegrarlo a la Universidad por medio de las Cajas Únicas.

Debo y Pagaré: De no comprobar los gastos de la comisión conferida dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje, autorizo a la Universidad Autónoma de Chihuahua realice el descuento por nómina de la cantidad de

conforme a la legislación aplicable.  
Chihuahua, Chih. a 21 de noviembre de 2024

Número empleado:   
Nombre: Paola Angulo Sepúlveda Firma:

APLICACIÓN CONTABLE PRESUPUESTAL

Autorizo

Suficiencia presupuestal   
Adeudos pendientes   
Por los Boletos de Avión:   
Por los Gastos a Comprobar:

Vo.Bo. Contabilidad

**Asunto:** Informe de Visita de Verificación  
**Ref.:** COM 141/2024-2029  
Cd. Victoria Tamaulipas, 19 de noviembre del 2024

**Dra. Mariana Vargas Beltrán**  
Directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología  
Universidad Autónoma de Chihuahua  
**Presente.-**

Para realizar la visita de verificación del proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería que se oferta en la Facultad de Enfermería y Nutriología, de esa honorable Universidad, comunico lo siguiente:

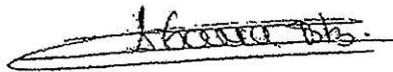
Se ha programado la fecha para el proceso de verificación que es de tres días, por lo que los evaluadores externos del COMACE, A.C., estarán trabajando en los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024. A continuación, señalamos a usted algunos aspectos que deben ser considerados para la buena marcha del proceso de verificación del programa, los cuales se señalan a continuación:

1. Los pares académicos presenciales llegaran el día 26 de noviembre del 2024, para la reunión de bienvenida y acuerdos de agenda definitiva, a partir de las 18:00 horas.
2. La agenda de trabajo de los pares académicos que llevaran a cabo el proceso de verificación, durante los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 será en un horario 9:00 a 14:00 de 15:00 a 19:00, con un receso para la comida.
3. El primer día de evaluación se podrá tener una reunión de bienvenida con las autoridades competentes y algún representante de la escuela, en esta sesión se podrá hacer una síntesis del plan de estudios y de la organización del programa. Esta reunión no podrá exceder de 45 minutos.
4. De igual manera le solicitarán un acompañante para el recorrido de las instalaciones, laboratorios, centro de cómputo, biblioteca para los evaluadores presenciales.
5. Agradecemos la atención que brinde a los pares académicos, en lo que respecta a los traslados al hotel y centros de trabajo y en relación con el tiempo de comida.
6. Agradecemos a usted las facilidades que otorgue al evaluador externo respecto a equipo de cómputo y material de oficina.
7. Se llevarán a cabo sesiones programadas por día en diferentes horarios y se solicita a la dependencia donde se evalúa el programa académico, se

- mantengan atentos a cualquier solicitud de información dentro del horario de trabajo que iniciara a las 9.00 horas y concluye a más tardar a las 19.00 horas de los días de evaluación externa. Se tendrá un receso para comida de 14.00 a 15.00 horas.
8. El último día del proceso de verificación, los pares académicos elaboraran el acta de la visita de verificación y solicitaran copia de los documentos que consideren necesarios (escaneados) como evidencia, los que serán entregados al Consejo Directivo de COMACE, A.C., a fin de ser analizados y elaborar el **Dictamen** del proceso de Re-acreditación Nacional. En este último se comunicará a usted el resultado del programa de la Licenciatura en Enfermería que se imparte en la institución a su digno cargo. **Los pares académicos no están autorizados para comunicar a usted ninguna información del resultado de la visita de verificación.**
  9. En relación a traslado, de los profesores evaluadores externos suplico a Usted entrar en contacto, para los arreglos correspondientes a transporte y viáticos, por lo que se le enviaran los datos donde puedan localizarlos.

Agradezco la atención a la presente y reitero a usted mis más atentas y distinguidas consideraciones.

ATENTAMENTE  
"CALIDAD EN LA EDUCACION DE ENFERMERÍA"



DRA. CINTHYA PATRICIA IBARRA GONZALEZ  
PRESIDENTA DE COMACE, A.C.

c.c.p. Archivo  
PDTE/DRA'CPIG/acpg



Presento a usted el equipo de la visita de verificación del proceso de Re-acreditación Nacional del programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 llegando el día 26 de noviembre a más tardar a las 18:00 horas los evaluadores presenciales.

**DRA. VIANEY MENDEZ SALAZAR**  
**(COORDINADOR)**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**DR. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

**DR. FRANCISCO JAVIER LÓPEZ RRINCÓN**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA

**DRA. MA. DEL ROCIO ROCHA RODRÍGUEZ**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
SOLICITUD DE VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE

22 NOV 2024 1:27

NOMBRE: Dra Ma Del Rocio Rocha Rodríguez  
 FECHAS SALIDA: 26/11/2024 RETORNO: 30/11/2024  
 Puesto: EVALUADOR COMACE  
 Transporte: Aéreo  Terrestre   
 Solicita: Alimentos  Taxi   
 Destino: SLP- CHIH- SLP  
 Número de acompañantes: \_\_\_\_\_  
 Salida: Fecha: 26/11/2024 Hora: \_\_\_\_\_  
 Regreso: Fecha: 30/11/2024 Hora: \_\_\_\_\_  
 Cuenta de transferencia: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_  
 Clabe Interbancaria: \_\_\_\_\_ Cel. Contacto: \_\_\_\_\_

ÁREA/U.A.: EVALUADOR COMACE FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA  
 EVENTO: Visita del comité evaluador COMACE para el proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería  
 Fecha de elaboración: 21-nov-24  
 No. Empleado: \_\_\_\_\_  
 Auto UACH \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_  
 Gasolina  Hospedaje   
 Núm. noches de hotel: 4  
 Escalas: \_\_\_\_\_  
 Duración de la comisión: \_\_\_\_\_  
 No. de días: 5

JUSTIFICACIÓN DEL VIAJE

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Re acreditación de la Licenciatura en Enfermería por el Organismo acreditador COMACE  
 nombre del evaluador: Dra Ma Del Rocio Rocha Rodríguez Universidad Autónoma de San Luis Potosí  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Cel: \_\_\_\_\_

Se solicita el pago de gasolina para el traslado de Rioverde, S.L.P donde se encuentra actualmente radicando la Dra. Rocha Rodríguez a la capital de San Luis Potosí para tomar su vuelo. Cabe recalcar que el nombre de la Dra. es Ma sin punto tal cual viene es su identificación oficial INE

SALDRAN CON RECURSO F

26 NOV 2024 11:22 am

RECIBIDO  
Leticia Delgado

AUTORIZACIÓN

INTERESADO: M.S.T. PAOLA ANGULO SEPÚLVEDA  
 AREA SOLICITANTE: DRA. MARIANA VARGAS BELTRÁN  
 DIRECTOR, COORDINADOR COORDINADOR / J. ÁREA: LIC. ALBERTO ELOY ESPINO DICKEN  
 RECTOR: M.D. LUIS ALFONSO RIVERA CAMPOS

RECIBO DE GASTOS A COMPROBAR Ó DESCUENTO VÍA NÓMINA

Recibí de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA LA CANTIDAD DE : \$ \_\_\_\_\_  
 Con letra: \_\_\_\_\_  
 Por concepto de gastos a comprobar en comisión conferida y solicitada en el presente formato, me comprometo a comprobar los gastos que se realicen en la comisión dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje y en caso de tener remanente reintegrarlo a la Universidad por medio de las Cajas Únicas.  
 Debo y pagaré: De no comprobar los gastos de la comisión conferida dentro de los siguientes 5 días hábiles al regreso del viaje, autorizo a la Universidad Autónoma de Chihuahua realice el descuento por nómina de la cantidad de \_\_\_\_\_  
 conforme a la legislación aplicable.  
 Chihuahua, Chih. a \_\_\_\_\_ 21 de noviembre de 2024  
 Número empleado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: Paola Angulo Sepi Autorizo

APLICACIÓN CONTABLE PRESUPUESTAL

Suficiencia presupuestal \_\_\_\_\_  
 Adeudos pendientes \_\_\_\_\_  
 Por los Boletos de Aviación: \_\_\_\_\_  
 Por los Gastos a Comprobar: \_\_\_\_\_

**Asunto:** Informe de Visita de Verificación  
**Ref.:** COM 141/2024-2029  
Cd. Victoria Tamaulipas, 19 de noviembre del 2024

**Dra. Mariana Vargas Beltrán**  
Directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología  
Universidad Autónoma de Chihuahua  
**Presente.-**

Para realizar la visita de verificación del proceso de Re-acreditación del Programa de Licenciatura en Enfermería que se oferta en la Facultad de Enfermería y Nutriología, de esa honorable Universidad, comunico lo siguiente:

Se ha programado la fecha para el proceso de verificación que es de tres días, por lo que los evaluadores externos del COMACE, A.C., estarán trabajando en los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024. A continuación, señalamos a usted algunos aspectos que deben ser considerados para la buena marcha del proceso de verificación del programa, los cuales se señalan a continuación:

1. Los pares académicos presenciales llegaran el día 26 de noviembre del 2024, para la reunión de bienvenida y acuerdos de agenda definitiva, a partir de las 18:00 horas.
2. La agenda de trabajo de los pares académicos que llevaran a cabo el proceso de verificación, durante los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 será en un horario 9:00 a 14:00 de 15:00 a 19:00, con un receso para la comida.
3. El primer día de evaluación se podrá tener una reunión de bienvenida con las autoridades competentes y algún representante de la escuela, en esta sesión se podrá hacer una síntesis del plan de estudios y de la organización del programa. Esta reunión no podrá exceder de 45 minutos.
4. De igual manera le solicitarán un acompañante para el recorrido de las instalaciones, laboratorios, centro de cómputo, biblioteca para los evaluadores presenciales.
5. Agradecemos la atención que brinde a los pares académicos, en lo que respecta a los traslados al hotel y centros de trabajo y en relación con el tiempo de comida.
6. Agradecemos a usted las facilidades que otorgue al evaluador externo respecto a equipo de cómputo y material de oficina.
7. Se llevarán a cabo sesiones programadas por día en diferentes horarios y se solicita a la dependencia donde se evalúa el programa académico, se



Presento a usted el equipo de la visita de verificación del proceso de Re-acreditación Nacional del programa de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua los días 27, 28 y 29 de noviembre del 2024 llegando el día 26 de noviembre a más tardar a las 18:00 horas los evaluadores presenciales.

**DRA. VIANEY MENDEZ SALAZAR**

**(COORDINADOR)**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**DR. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

**DR. FRANCISCO JAVIER LÓPEZ RRINCÓN**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA

**DRA. MA. DEL ROCIO ROCHA RODRÍGUEZ**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
CHIHUAHUA**

Usu: KARINA VAZQUEZ  
Rep: rptOrdenCompraForma

Fecha y hora de Impresión | 16/dic./2024  
01:59 p. m.

**Orden de Compra: 10078**

**Fecha: 01/dic./2024**

**Proveedor : 1048**

Referencia: 198

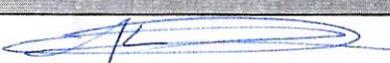
**IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE S.A. DE C.V.**  
VICTORIA # 409  
CENTRO, Chihuahua, CHIHUAHUA

IPN0611173D0

Fecha Recepción:  
**01/12/2024**

**Entrega :** Sin Almacén  
Sin Almacén Chihuahua, CHIHUAHUA

Producto / Servicio	Descripción	Cantidad	Costo	Importe	IVA	Total
3750100001	ALIMENTOS EVALUADOR ABRAHAM ISAAC .	1.00	\$465.52	\$465.52	74.48	540.00
3750100001	HOSPEDAJE EVALUADOR FRANCISCO LOPEZ RECREADITACION LICENCIATURA EN ENFERMERIA COMACE.	1.00	\$5,000.00	\$5,000.00	800.00	6,000.00
3750100001	ALIMENTOS EVALUADOR FRANCISCO LOPEZ.	1.00	\$1,482.76	\$1,482.76	237.24	1,720.00
3750100001	HOSPEDAJE EVALUADOR MA DEL ROCIO ROCHA RECREADITACION LICENCIATURA EN ENFERMERIA COMACE.	1.00	\$5,000.00	\$5,000.00	800.00	6,000.00
3750100001	ALIMENTOS EVALUADOR MA DEL ROCIO ROCHA	1.00	\$1,103.45	\$1,103.45	176.55	1,280.00
3750100001	HOSPEDAJE EVALUADOR VIANEY MENDEZ RECREADITACION LICENCIATURA EN ENFERMERIA COMACE.	1.00	\$3,750.00	\$3,750.00	600.00	4,500.00
3750100001	ALIMENTOS EVALUADOR VIANEY MENDEZ	1.00	\$715.52	\$715.52	114.48	830.00
3750100001	HOSPEDAJE EVALUADOR ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RECREADITACION LICENCIATURA EN ENFERMERIA COMACE.	1.00	\$5,000.00	\$5,000.00	800.00	6,000.00
<b>SubTotal</b>					<b>IVA</b>	<b>Total</b>
\$22,517.25					3,602.75	26,870.00

FORMULO	REVISO	AUTORIZO
		



IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
IPN0611173D0

VICTORIA 409, CENTRO, CHIHUAHUA

MEXICO, CHIHUAHUA MEXICO 31000

<b>Factura:</b>	<b>A16208</b>	<b>F. Elaboracion:</b>	2024/12/09 08:52:41
<b>Folio Fiscal:</b>	c76c9c85-ee6b-40f6-8cbc-d016de88f655	<b>F. Certificacion:</b>	2024/12/09 11:52:40
<b>Cliente:</b>	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA ESCORZA 900, CENTRO CHIHUAHUA CHIHUAHUA 31000	Ingreso	UAC681018EG1
<b>Regimen Fiscal Receptor:</b>	603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos		G000000058
<b>Metodo Pago:</b>	PPD - Pago en parcialidades o diferido	<b>Lugar Expedicion:</b>	31000
<b>Forma Pago:</b>	99 - Por definir		
<b>Regimen Fiscal Emisor:</b>	601 - General de Ley Personas Morales	<b>Exportacion:</b>	01
<b>Uso de CFDI:</b>	G03 - Gastos en general		

ClaveProdServ	Descripcion	Unidad	Objeto Impuesto	Impuesto	Tipo Factor	Tasa/ Cuota	Cantidad	Precio Unitario	Importe
90111800	HOSPEDAJE	E48	02	002 003	Tasa Tasa	0.160000 0.040000	1	5,000.00	5,000.00
<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30 Nombre del huesped: ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL Comentarios: 961266782</i>									
90101501	ALIMENTOS RESTAURANTE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	465.52	465.52
<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30</i>									



Moneda: MXN

<b>Subtotal:</b>	5,465.52
<b>ISH 4%:</b>	200.00
<b>002 - IVA 16%:</b>	874.48
<b>T O T A L:</b>	6,540.00

( SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N. )

Para efectos fiscales de pago  
Este documento es una representacion impresa de un CFDI

Certificado de Sello Digital: 0000100000050670546

Certificado del SAT: 00001000000509846663

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

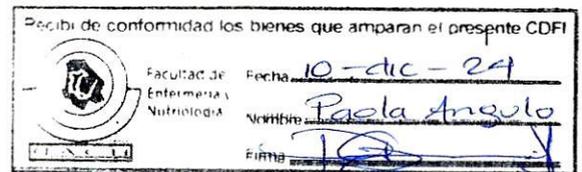
||1.1|c76c9c85-ee6b-40f6-8cbc-d016de88f655|2024-12-09T11:52:40|Pf9D/AA4ivILLnC8C09DuomnhAXnW9r0gmJILhs85SUtScVc7Dyif26UZnoRP2eAjUhGdxOAJz6jrRLhNUNDyqn/YZKuhtYw7u2geChOtKpM Cwg8ljaikvNDQig2TDqAL+B0QMWhZ h7nYGooWTQaRhrueG/s2Zb0/KKhirGcbpH14MblZNSpElda8WZ 9ITWO1ACmCz+bfuSMObSSq5tsUV8JsarF529DZyP2Gf6L8bKfD uv4GbAw7V7kAGu+Yt9X5b/CKb1QpLkWBv2wfaMmmDERt41Y8AC 5XXKDi6mcwtg0eLMj5ul7a2vpUIAAZRHEb3TEDS1m5tGzoH2pm WN8SQ==|00001000000509846663||

**Sello Digital del CFDI**

Pf9D/AA4ivILLnC8C09DuomnhAXnW9r0gmJILhs85SUtScVc7Dyif26UZnoRP2eAjUhGdxOAJz6jrRLhNUNDyqn/YZKuhtYw7u2geChOtKpM Cwg8ljaikvNDQig2TDqAL+B0QMWhZ h7nYGooWTQaRhrueG/s2Zb0/KKhirGcbpH14MblZNSpElda8WZ9ITWO1ACmCz+bfuSMObSSq5tsUV8JsarF529DZyP2Gf6L8bKfDuv4GbAw7V7kAGu+Yt9X5b/CKb1QpLkWBv2wfaMmmDERt41Y8AC5XXKDi6mcwtg0eLMj5ul7a2vpUIAAZRHEb3TEDS1m5tGzoH2pmWN8SQ==

**Sello del SAT**

pUliEdXRSmn9ojvzQ82g24U7r7hhgOAMvdtwGcr5Hyfp538Kdt iZ4bv0/sZ+HE5oxcnzETO/sRgn5yHMGntMetfXldyJ5oLvJ9 pgHtoBOxP1QLMtG3koRh8hZzjG7mJzGfWG/QSqBlkxUKTX2Dze 3JtGrN0JYKf3k8uk8SMOELLA8+ZsCkIQOS4kzskYz8DbqOiAx



LL0o3y1uWnuW35/6R7jyH6DI/DTLditbzedzpq7RND9Tbmi86m mRoz6t2gTK9wZyMgXjZ1sUnFU8pUAQ15ex2ynouml2BuZxc+0q  
VQyW2VzMjsv+40J4Gkki+XGuroly8avcLXx27SIFG==

---



## Estimado Proveedor

A continuación se detalla el resultado de la validación realizada ante el Sistema de Administración Tributaria de los documentos recibidos. Para dudas o aclaraciones comunicarse al (614) 439-15-00 Ext. 2018

**Folio de validación:** 221315  
**Nombre del proveedor:** IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
**RFC:** IPN0611173D0  
**Fecha de validación de Factura:** 09/12/2024  
**Importe:** \$7,280.00

### Información de la Factura

**Folio Factura:** 16209  
**Folio Fiscal:** 62977181-16a4-45ec-a823-d6591b866a8f  
**Forma de Pago:** Por definir  
**RFC Emisor:** IPN0611173D0



IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
IPN0611173D0

VICTORIA 409, CENTRO, CHIHUAHUA

MEXICO, CHIHUAHUA MEXICO 31000

<b>Factura:</b>	<b>A16211</b>	<b>F. Elaboracion:</b>	2024/12/09 09:01:26
<b>Folio Fiscal:</b>	b0077aea-1bc6-4864-a06f-bf9a5453de86	<b>F. Certificacion:</b>	2024/12/09 12:01:25
<b>Cliente:</b>	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA ESCORZA 900, CENTRO CHIHUAHUA CHIHUAHUA 31000	<b>Ingreso:</b>	UAC681018EG1 G000000058 MEXICO
<b>Regimen Fiscal Receptor:</b>	603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos	<b>Lugar Expedicion:</b>	31000
<b>Metodo Pago:</b>	PPD - Pago en parcialidades o diferido	<b>Exportacion:</b>	01
<b>Forma Pago:</b>	99 - Por definir		
<b>Regimen Fiscal Emisor:</b>	601 - General de Ley Personas Morales		
<b>Uso de CFDI:</b>	G03 - Gastos en general		

ClaveProdServ	Descripcion	Unidad	Objeto Impuesto	Impuesto	Tipo Factor	Tasa/Cuota	Cantidad	Precio Unitario	Importe
90111800	HOSPEDAJE	E48	02	002 003	Tasa Tasa	0.160000 0.040000	1	5,000.00	5,000.00
<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30 Nombre del huesped: FRANCISCO JAVIER LOPEZ RINCON Comentarios: 961266789</i>									
90101501	ALIMENTOS RESTAURANTE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	1,482.76	1,482.76
<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30</i>									



Moneda: MXN

<b>Subtotal:</b>	6,482.76
<b>ISH 4%:</b>	200.00
<b>002 - IVA 16%:</b>	1,037.24
<b>T O T A L:</b>	7,720.00

( SIETE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N. )

Para efectos fiscales de pago

Este documento es una representacion impresa de un CFDI

Certificado de Sello Digital: 00001000000506070546

Certificado del SAT: 00001000000509846663

Cadena Original del Complemento de Certificacion Digital del SAT

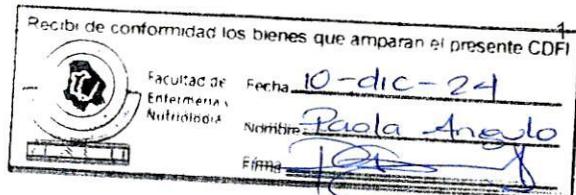
||1.1|b0077aea-1bc6-4864-a06f-bf9a5453de86|2024-12-09T12:01:25|gBTgfXDxOKpyQCX3vU7BP6QQQ24hCRbMJL6ti  
EqIqCqHSoXSMKIRgacEV283OgnFGxroQCQWfChGsTifAR+vKbG wtxKw/KCNeOegM09C78qbQCrI R4nWVAyIOuGFGoggSUS4Gc2yR  
Sht3qKog2MzsiyqIH2aOVfadYvu8D66I4HkisZnUQ1qABuFjl 2u5sXZPUBCAAOSCaUiZ3pooHtMVU/TYYqtFmuTcT7d1/ZOKMU  
eH7T1i0ogpt2F4dwLviGZ0PFBftaO4SAb6tc03ioOGqhOPehsM eoj/v4VG3PpbQI3bjlzbzfnGTccFHvsJZQ4SYX8ROq10eKKjr  
Lsijg==|00001000000509846663|

Sello Digital del CFDI

gBTgfXDxOKpyQCX3vU7BP6QQQ24hCRbMJL6tiEqIqCqHSoXSMKIRgacEV283OgnFGxroQCQWfChGsTifAR+vKbGwtxKw/KCNeOeg  
M09C78qbQCrI R4nWVAyIOuGFGoggSUS4Gc2yRSht3qKog2Mzsi yqIH2aOVfadYvu8D66I4HkisZnUQ1qABuFjl2u5sXZPUBCAA  
SCaUiZ3pooHtMVU/TYYqtFmuTcT7d1/ZOKMUeH7T1i0ogpt2F4dwLviGZ0PFBftaO4SAb6tc03ioOGqhOPehsMeoj/v4VG3Ppb  
QI3bjlzbzfnGTccFHvsJZQ4SYX8ROq10eKKjrLsijg==

Sello del SAT

nuAVZDNN/cUKXeaVvg06d8LSk60TZf/ocOb1hKXxOCbBYLsRc NArHlxtBfB2RCGRoCGRf4gRxqBs1uT1bS7b7dcf1n1gSP93mo  
jYIH5e3wC45xPuQ/nOKj9M2ISXAWsZXXE1GmdRzif5+qY2k+R BLV7b5ofvm3wv7JAgHig3oQu0K0VKpHgr4fjmbKIMLULm0yNub



kF//bjn+keITzjNYvGQL/Pi2lfDnW/WD2xq4J9u9bKNtECulQk /kZnW+cNXT5s0R60y7MgPYCa4tKIXkKf65nWByNKMxh5P/mho4  
fgVDJSooj9E3kJTyE7e6mArpjZaFTfgNTA6PHgK6Ag==

---



## Estimado Proveedor

A continuación se detalla el resultado de la validación realizada ante el Sistema de Administración Tributaria de los documentos recibidos. Para dudas o aclaraciones comunicarse al (614) 439-15-00 Ext. 2018

**Folio de validación:** 221319  
**Nombre del proveedor:** IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
**RFC:** IPN0611173D0  
**Fecha de validación de Factura:** 09/12/2024  
**Importe:** \$7,720.00

### Información de la Factura

**Folio Factura:** 16211  
**Folio Fiscal:** b0077aea-1bc6-4864-a06f-bf9a5453de86  
**Forma de Pago:** Por definir  
**RFC Emisor:** IPN0611173D0



IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
IPN0611173D0

VICTORIA 409, CENTRO, CHIHUAHUA

MEXICO, CHIHUAHUA MEXICO 31000

<b>Factura:</b>	<b>A16209</b>	<b>F. Elaboracion:</b>	2024/12/09 08:55:53
<b>Folio Fiscal:</b>	62977181-16a4-45ec-a823-d6591b866a8f	<b>F. Certificacion:</b>	2024/12/09 11:55:52
<b>Cliente:</b>	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA ESCORZA 900, CENTRO CHIHUAHUA CHIHUAHUA 31000	<b>Ingreso:</b>	UAC681018EG1 G000000058 MEXICO
<b>Regimen Fiscal Receptor:</b>	603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos	<b>Lugar Expedicion:</b>	31000
<b>Metodo Pago:</b>	PPD - Pago en parcialidades o diferido	<b>Exportacion:</b>	01
<b>Forma Pago:</b>	99 - Por definir		
<b>Regimen Fiscal Emisor:</b>	601 - General de Ley Personas Morales		
<b>Uso de CFDI:</b>	G03 - Gastos en general		

ClaveProdServ	Descripcion	Unidad	Objeto Impuesto	Impuesto	Tipo Factor	Tasa/ Cuota	Cantidad	Precio Unitario	Importe
90111800	HOSPEDAJE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	5,000.00	5,000.00
				003	Tasa	0.040000			
	<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30 Nombre del huésped: MA DE ROCIO ROCHA Comentarios: 961266783</i>								
90101501	ALIMENTOS RESTAURANTE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	1,103.45	1,103.45
	<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/30</i>								



Moneda: MXN

<b>Subtotal:</b>	6,103.45
<b>ISH 4%:</b>	200.00
<b>002 - IVA 16%:</b>	976.55
<b>T O T A L:</b>	7,280.00

( SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS 00/100 M.N. )

Para efectos fiscales de pago  
Este documento es una representacion impresa de un CFDI

Certificado de Sello Digital: 00001000000506070546

Certificado del SAT: 00001000000509846663

Cadena Original del Complemento de Certificacion Digital del SAT

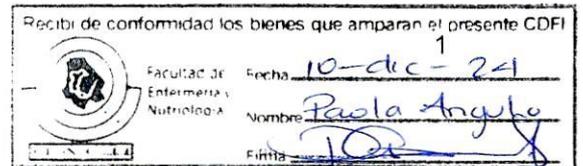
||1.1|62977181-16a4-45ec-a823-d6591b866a8f|2024-12-09T11:55:52|RJ6PHBzfXmjRNlczE17EC5i6Rt2tyMceh00DW  
JhSaMRf93E1okLqqrFfEZW3xeCEzXsUJUKKSANib5M/QJbkeB6 QwnfYLswoJmXuQO1N6xjxBK7wS3hqtG8/loaX0VxwSWjFM/+b2  
m6W56k+Z6Pa6XObBJdTk2Xm2+Fd/oNoTVPLB2Hi+eqeYbUgaL vHNp23XVxwQ/ZtVMYxaOfvUK1yowtLZmi86Yt/UOm5MUPpKkY  
7gJOU8jAmedMYnrN9/Li6PqrbRyCnZ9do1EW3IE5OFtawxYGSs 4dSyc4BSV/mUTwKh7wWkrqJcRjKdKNEEXsASAGwhUHO1wwKR8ox0  
o1wAA==|00001000000509846663||

Sello Digital del CFDI

RJ6PHBzfXmjRNlczE17EC5i6Rt2tyMceh00DWJhSaMRf93E1ok LqqrFfEZW3xeCEzXsUJUKKSANib5M/QJbkeB6QwnfYLswoJmXu  
QO1N6xjxBK7wS3hqtG8/loaX0VxwSWjFM/+b2m6W56k+Z6Pa6X ObBJdTk2Xm2+Fd/oNoTVPLB2Hi+eqeYbUgaLvHNp23XVxwQ/Z  
tVMYxaOfvUK1yowtLZmi86Yt/UOm5MUPpKkY7gJOU8jAmedMY nrN9/Li6PqrbRyCnZ9do1EW3IE5OFtawxYGSs4dSyc4BSV/mUT  
wKh7wWkrqJcRjKdKNEEXsASAGwhUHO1wwKR8ox0o1wAA==

Sello del SAT

ZdODc1RLbuVT7w4OJclA8ykRik0FS9NLxwa2NTrc6heNKv4HdB W45W1nWII+v6AJNM9+o16HDmXmMmEJJCkpan/T8S8yiT2qG14  
2u/BpCB/jazpQpP6dCSKfvI77Uc9uEtwWehfkC3C96Qk1M9kYu Ch9vrX99kw81b9rHowkqMHqXYQbf3WIHg2/FO/R0KAsoPHPg7  
f6vd6nxjIXQH/VxCH1xL9zTR5KJwsMISLFykk2fLb3U061f726 cFsuCcoKiwVHF1prATYmQ6Cn2Jk5bnA1j/3VMO0r0eCvSfY4yR



3MwiSy4iPY6DjXE+FLD+m5AZl nonLgM2lfZwxAlqgw==

---



## Estimado Proveedor

A continuación se detalla el resultado de la validación realizada ante el Sistema de Administración Tributaria de los documentos recibidos. Para dudas o aclaraciones comunicarse al (614) 439-15-00 Ext. 2018

**Folio de validación:** 221315  
**Nombre del proveedor:** IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
**RFC:** IPN0611173D0  
**Fecha de validación de Factura:** 09/12/2024  
**Importe:** \$7,280.00

### Información de la Factura

**Folio Factura:** 16209  
**Folio Fiscal:** 62977181-16a4-45ec-a823-d6591b866a8f  
**Forma de Pago:** Por definir  
**RFC Emisor:** IPN0611173D0



IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
IPN0611173D0

VICTORIA 409, CENTRO, CHIHUAHUA

MEXICO, CHIHUAHUA MEXICO 31000

<b>Factura:</b>	<b>A16212</b>	<b>F. Elaboracion:</b>	2024/12/09 09:07:33
<b>Folio Fiscal:</b>	<b>c477a10d-8590-4d0c-84ed-49702fe99e08</b>	<b>F. Certificacion:</b>	2024/12/09 12:07:32
<b>Cliente:</b>	<b>UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA</b>	Ingreso	
<b>Regimen Fiscal Receptor:</b>	603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos	<b>UAC681018EG1</b>	
<b>Metodo Pago:</b>	PPD - Pago en parcialidades o diferido	G000000058	
<b>Forma Pago:</b>	99 - Por definir	MEXICO	
<b>Regimen Fiscal Emisor:</b>	601 - General de Ley Personas Morales	<b>Lugar Expedicion:</b>	31000
<b>Uso de CFDI:</b>	G03 - Gastos en general	<b>Exportacion:</b>	01

ClaveProdServ	Descripcion	Unidad	Objeto Impuesto	Impuesto	Tipo Factor	Tasa/Cuota	Cantidad	Precio Unitario	Importe
90111800	HOSPEDAJE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	3,750.00	3,750.00
	<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/29 Nombre del huésped: VIANEY MENDEZ Comentarios: 961266784</i>								
90101501	ALIMENTOS RESTAURANTE	E48	02	002	Tasa	0.160000	1	715.52	715.52
	<i>Fecha de llegada: 2024/11/26 Fecha de salida: 2024/11/29</i>								



Moneda: MXN

<b>Subtotal:</b>	4,465.52
<b>ISH 4%:</b>	150.00
<b>002 - IVA 16%:</b>	714.48
<b>T O T A L:</b>	5,330.00

( CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS 00/100 M.N. )

Para efectos fiscales de pago  
Este documento es una representacion impresa de un CFDI

Certificado de Sello Digital: 00001000000506070546 Certificado del SAT: 00001000000509846663

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

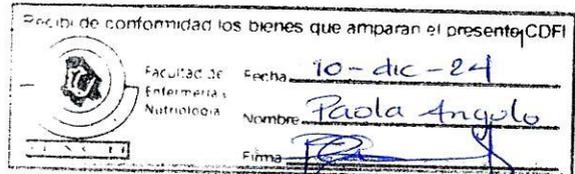
||1.1|c477a10d-8590-4d0c-84ed-49702fe99e08|2024-12-09T12:07:32|imffl0qQRsbT6BqTx6rbesJPn1j4J4Sv74oLS  
tWFziLDhNUCWAfsoSi0V3qn+y6GX2/CJsQBJVR827n/hq2r3L Gew+hJF1AaewSHVX3/cB3jpHV0jeq1eEFbJus11MUwPoCRSvi1  
WQoUrfhwCuHTbpyGxhI0vvfchoFS6mxdYmVw4cgsfghOyj9fs sMKE0IZHv06RHRV1EH4Wz7bgzWksVveqUrav8ic/uj9D3MgES9  
hAq5AMLvXF3QmMuv3N5XTv3oZNSmGjnOPGDWYxMmJQta6fR3B 9akHoBoAEG5hnlivTHJWfD3MX7VT+3JK1QngkgbOUQsylvVby  
nBxmQ==|00001000000509846663||

**Sello Digital del CFDI**

imffl0qQRsbT6BqTx6rbesJPn1j4J4Sv74oLS:tWFziLDhNUCWAfsoSi0V3qn+y6GX2/CJsQBJVR827n/hq2r3LGew+hJF1AaewS  
HVX3/cB3jpHV0jeq1eEFbJus11MUwPoCRSvi1WQoUrfhwCuHTbpyGxhI0vvfchoFS6mxdYmVw4cgsfghOyj9fsMKE0IZHv06RHR  
RV1EH4Wz7bgzWksVveqUrav8ic/uj9D3MgES9hAq5AMLvXF3Qm Muv3N5XTv3oZNSmGjnOPGDWYxMmJQta6fR3B9akHoBoAEG5h  
livTHJWfD3MX7VT+3JK1QngkgbOUQsylvVbynBxmQ==

**Sello del SAT**

isrrmtqKXPg8IuWADa4bbWv3BmUqN9KFUDdftDQTIawPuGJq5r 2c88tzsVghzd3DbPZnmP2u4ObOGIUqOvh0SyASIJyzer3/3mPA  
SQxsgomHyns/2ISj2RkAh18sUas6OPAf0VI+czEeYIBYIFdCYx onABtnPk7WAWYob0nfzse6Fpr4jjijzZx/XNwKbpBH5hNTqLd  
GnYc2S5AJiUkHMENPgFTqauWW0yx3m+UD/wIgoHI63yFSPF5u XGvxxvRwGeS58vCS4dQs11PMY1r/VkZcB/kuhGo9aYIIUwaaDW



LpVA7ujZjVxmJK6i0OP3NkPml2S6/eoMiu4cSk9QeA==

---

.



## Estimado Proveedor

A continuación se detalla el resultado de la validación realizada ante el Sistema de Administración Tributaria de los documentos recibidos. Para dudas o aclaraciones comunicarse al (614) 439-15-00 Ext. 2018

**Folio de validación:** 221320  
**Nombre del proveedor:** IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE  
**RFC:** IPN0611173D0  
**Fecha de validación de Factura:** 09/12/2024  
**Importe:** \$5,330.00

### Información de la Factura

**Folio Factura:** 16212  
**Folio Fiscal:** c477a10d-8590-4d0c-84ed-49702fe99e08  
**Forma de Pago:** Por definir  
**RFC Emisor:** IPN0611173D0



**Quality**  
INN

SAN FRANCISCO  
*Chihuahua*

## **Datos para transferencia**

**\*BANCO**  
BBVA BANCOMER

**\*CUENTA**  
0154050290

**\*CLABE**  
012150001540502905

**IMPULSORA PROMOTORA DEL NORTE**



Fecha y hora de consulta

18/12/2024 3:43:22 PM

Contrato

00045586

Nombre del Cliente

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE  
CHIHUAHUA FAC ENFERMERIA

BBVA Net Cash - Pagos Mismo Banco

## Operación autorizada

## Datos del firmante

Usuario: ADMIN1

Poder: 100%

## Datos de la operación

Tipo de operación: Pago Mismo Banco

Descripción: OC 10091 10078

Importe de la operación: 46,190.00 MXP

Divisa de la cuenta: MXP

Divisa de la cuenta: MXP

Titular de la cuenta: UNIVERSIDAD AUTONOMA A  
DE CHIHUAHUA FAC E  
NFERMERIA Y NUTRIOLOTitular de la cuenta: IMPULSORA PROMOTORA  
DEL NORTE SA DE CV

Fecha de creación: 18/12/2024

Fecha de aplicación: 18/12/2024

Hora: 15:42:38

Instrumento de seguridad: ASD 6550887610

Motivo de pago: HOSPEDAJE DE  
EVALUADORES C  
OMAC

## Datos de confirmación de la transferencia

Folio de firma: 0059269116

Folio único: I323202412181542380059269123

## Estado operación

Porcentaje firmado: 100%

Estado: Operado

## Detalle de firmas

Acción	Usuario	Porcentaje aportado	Fecha
CREO	ADMIN1	--- %	18/12/2024
FIRMO	ADMIN1	100 %	18/12/2024