

**1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN**

FECHA 2017-07-30 FOLIO 000095  
NOMBRE DEL COMISIONADO FLORIBERTA JOSE MIGUEL  
PUESTO: DIRECTOR (A) DE SALUD  
ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE SALUD  
LUGAR DE LA COMISIÓN: SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA HOSPITAL GENERAL DR AURELIO VALDIVIESO  
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON EL MUNICIPIO  
DEBERÁ PRESENTARSE CON: DRA. AURA  
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2017-08-12 AL 2017-08-12

TARIFA DIARIA: \$ 150.00 TARIFA FRACC: \$ 0.00

MEDIO DE TRASPORTE :  VEHICULO OFICIAL  AUTOBUS  OTROS  
CARACTERISTICAS DEL VEHICULO OFICIAL \_\_\_\_\_

floriberta jose miguel  
TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

SELLO DE LA UNIDAD RESPONSABLE

**2) CONSTANCIA DE COMISIÓN**

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL :  
\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD O DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: En caso de visitar 2 o mas lugares utilizar el reverso con los mismos datos de esta constancia.

**3) RECIBO OFICIAL**

FECHA 2017-07-30 FOLIO 000095  
RECIBÍ DE LA CAJA GRAL. DE LA TESORERIA MUNICIPAL LA CANTIDAD DE: \$ 150  
CANTIDAD EN LETRAS: CIENTO CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.  
POR CONCEPTO DE: 1 DIAS DE VIATICOS PARA CUMPLIR CON LA COMISIÓN AUTORIZADA.

\_\_\_\_\_  
FLORIBERTA JOSE MIGUEL  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE COMISIONADO  
RECIBE EFECTIVO

\_\_\_\_\_  
MARCOS CRUZ PEDRO  
NOMBRE Y FIRMA DE TESORERO MUNICIPAL  
ENTREGA EFECTIVO

\_\_\_\_\_  
HILDA SANTOS PEDRO  
NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE MUNICIPAL  
AUTORIZA