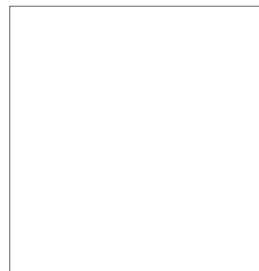


1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN

FECHA 2018-10-14 FOLIO 000117
NOMBRE DEL COMISIONADO MARCOS CRUZ PEDRO
PUESTO: TESORERO MUNICIPAL
ADSCRIPCIÓN: TESORERIA MUNICIPAL
LUGAR DE LA COMISIÓN: HOSPITAL BASICO COMUNITARIO ASUNCION NOCHIXTLAN
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON EL MUNICIPIO
DEBERÁ PRESENTARSE CON: DR HERNANDEZ
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2018-10-07 AL 2018-10-07
TARIFA DIARIA: \$ 150.00 TARIFA FRACC: \$ 0.00
MEDIO DE TRASPORTE : VEHICULO OFICIAL AUTOBUS OTROS
CARACTERISTICAS DEL VEHICULO OFICIAL _____

marcos cruz pedro
TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

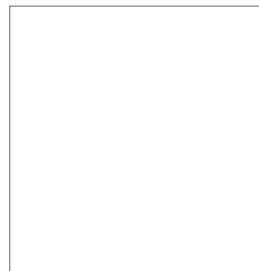


SELLO DE LA UNIDAD RESPONSABLE

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



SELLO DE LA DEPENDENCIA

3) RECIBO OFICIAL

FECHA 2018-10-14 FOLIO 000117
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.

MARCOS CRUZ PEDRO 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