



MUNICIPIO DE VILLA DÍAZ ORDAZ

0002869

DISTRITO TLACOLULA

ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VIÁTICOS

NÚMERO:

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 28/07/22

Nombre del comisionado: Ovelia Mendez Luis

Adscrito a: Agencia Municipal

Lugar de comisión: TLACOLULA DE MATAMOROS

Periodo del: 28/07/22 al 28 de Julio 2022

Cuota diaria: \$ 200

Objeto: Vacuna Covid para niños

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR

Vehículo oficial ☒ Autobús ☐ Otro ☐

Especifique (Placas):

CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO: Carro oficial

ambulancia color blanca Placas RY 21562

AGENCIA MUNICIPAL
"EL CARRIZAL"

MPIO. VILLA DÍAZ ORDAZ
OTTO. TLACOLULA, GAX.
2020-2022

C. Francisco J. Ramírez López
Agente Municipal

TESORERO MUNICIPAL
AGENCIA MUNICIPAL
"EL CARRIZAL"

C. Rogelio Luis Mendez
Tesorero Municipal

CONSTANCIA DE LA COMISIÓN

28 a 28 de Julio de 2022

Hago constar que el comisionado permaneció del 28 al 28



Sello de la Dependencia

SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
PROGRAMA DE VACUNACIÓN

Nota: en caso de visitar 2 o mas lugares, utilizar el reverso con los mismos datos de esta constancia

Nombre, firma y cargo del
Titular de la Dependencia

Eigss Griselda Rojas Cruz

RECIBO OFICIAL

FECHA: 28 07 22
Día Mes Año

BUENO POR \$ 200

Recibi de la caja de Tesorería

la cantidad de: \$ Docientos pesos MN 100/100 -)
cantidad en letra

Por concepto de: 28 día(s) de viáticos para el desempeño de la comisión autorizada.

R.F.C. del comisionado

Nombre y firma del comisionado

Ovelia Mendez Luis

Nota: Este documento no tendrá validez si se presenta con raspaduras y/o enmendaduras.

12034

12035

12039

CONSTANCIA DE LA COMISION

Hago constar que el comisionado permanecio del _____ a _____
Día Mes Año al _____

Sello de la Dependencia _____

Nombre, firma y cargo del Titular de la Dependencia _____

Nombre, firma y cargo del Titular de la Dependencia

Día Mes Año

e

CONSTANCIA DE LA COMISION

Hago constar que el comisionado permanecio del _____ a _____
Día Mes Año

al _____
Mes Año

Sello de la Dependencia _____

Nombre, firma y cargo del Titular de la Dependencia _____

Nombre, firma y cargo del Titular de la Dependencia

Día Mes Año

g