MUNICIPIO DE SAN NICOLAS HIDALGO DISTRITO DE SILACAYOAPAM, OAX.
TESORERIA MUNICIPAL
MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS

1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN

FECHA 2019-02-05 **FOLIO** 000042

NOMBRE DEL COMISIONADO JUANA HERNANDEZ RAMIREZ
PUESTO: DIRECTOR DE SALUD
ADSCRIPCIÓN: TESORERIA MUNICIPAL

LUGAR DE LA COMISIÓN: HUAJUAPAN DE LEON
OBJETO DE LA COMISÓN: CAPACITACION
DEBERÁ PRESENTARSE CON: JURISDICCION SANITARIA NO. 5
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2019-01-23 **AL** 2019-01-23

TARIFA DIARIA: $ 300.00 **TARIFA FRACC:** $ 0.00

MEDIO DE TRASPORTE : [ ] VEHICULO OFICIAL [ ] AUTOBUS [X] OTROS
CARACTERISTICAS DEL VEHICULO OFICIAL TAXI

isidora del rocio galindo ramirez
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 DEPENDECIA

3) RECIBO OFICIAL

FECHA 2019-02-05 **FOLIO** 000042

RECICIBÍ DE LA CAJA GRAL. DE LA TESORERIA MUNICIPAL LA CANTIDAD DE: $ 300

CANTIDAD EN LETRAS: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

POR CONCEPTO DE: 1 DIAS DE VIATICOS PARA CUMPLIR CON LA COMISIÓN AUTORIZADA.

JUANA HERNANDEZ RAMIREZ	OMAR JUVENAL SILVA ESCAMILLA	ISIDORA DEL ROCIO GALINDO RAMIREZ
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE COMISIONADO **RECIBE EFECTIVO**	NOMBRE Y FIRMA DE TESORERO MUNICIPAL **ENTREGA EFECTIVO**	NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE MUNICIPAL **AUTORIZA**