

1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN

FECHA 2018-02-28

FOLIO 000014

NOMBRE DEL COMISIONADO FLORIBERTA JOSE MIGUEL

PUESTO: DIRECTOR (A) DE SALUD

ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE SALUD

LUGAR DE LA COMISIÓN: SERVICIO DE SALUD DE OAXACA

OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON EL MUNICIPIO

DEBERÁ PRESENTARSE CON: ALINA C LUNCI MENDEZ

PERIODO DE LA COMISIÓN: 2018-01-01 AL 2018-01-01

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 2018-02-28

FOLIO 000014

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