

**1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN**

FECHA 2017-06-22

FOLIO 000064

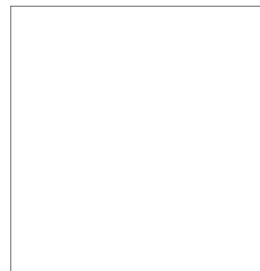
NOMBRE DEL COMISIONADO: FLORIBERTA JOSE MIGUEL  
PUESTO: DIRECTOR (A) DE SALUD  
ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE SALUD  
LUGAR DE LA COMISIÓN: SERVICIO DE SALUD DE OAXACA  
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA  
DEBERÁ PRESENTARSE CON: ELIDIO JOSE CASTELLANOS R.  
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2017-06-02 AL 2017-06-02

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

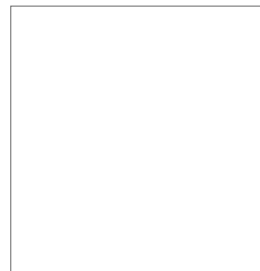


SELLO DE LA UNIDAD RESPONSABLE

**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 2017-06-22

FOLIO 000064

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