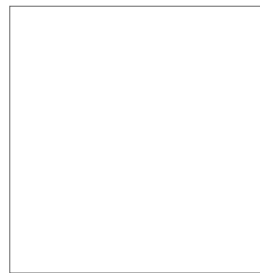


1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN

FECHA 2017-06-22 FOLIO 000063
NOMBRE DEL COMISIONADO FLORIBERTA JOSE MIGUEL
PUESTO: DIRECTOR (A) DE SALUD
ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE SALUD
LUGAR DE LA COMISIÓN: HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON ESTA INSTITUCION
DEBERÁ PRESENTARSE CON: DR BENITO
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2017-05-05 AL 2017-05-05
TARIFA DIARIA: \$ 200.00 TARIFA FRACC: \$ 0.00
MEDIO DE TRASPORTE : VEHICULO OFICIAL AUTOBUS OTROS
CARACTERISTICAS DEL VEHICULO OFICIAL _____

floriberta jose miguel
TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

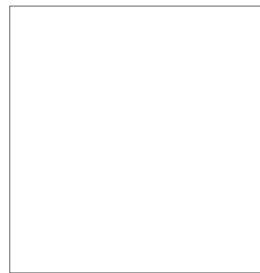


SELLO DE LA UNIDAD RESPONSABLE

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
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 2017-06-22 FOLIO 000063
RECIBÍ DE LA CAJA GRAL. DE LA TESORERIA MUNICIPAL LA CANTIDAD DE: \$ 200
CANTIDAD EN LETRAS: DOSCIENTOS 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