

**1) AUTORIZACION DE LA COMISIÓN**

FECHA 2018-09-30 FOLIO 000115  
NOMBRE DEL COMISIONADO FLORIBERTA JOSE MIGUEL  
PUESTO: DIRECTOR (A) DE SALUD  
ADSCRIPCIÓN: DIRECCION DE SALUD  
LUGAR DE LA COMISIÓN: CDI ASUNCION NOCHIXTLAN  
OBJETO DE LA COMISIÓN: ASUNTOS RELACIONADOS CON EL MUNICIPIO  
DEBERÁ PRESENTARSE CON: SIN NOMBRE  
PERIODO DE LA COMISIÓN: 2018-09-12 AL 2018-09-12  
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

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 2018-09-30 FOLIO 000115  
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