

PUESTO DEL SOLICITANTE: Auxiliar Operativo "A."

DENOMINACION DEL CARGO: ADMINISTRATIVO [] OPERATIVO [X] DIRECTIVO []

AREA DE ADSCRIPCION: Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE: C. Bruno Hector Hernandez Hdez

DENOMINACION DEL ACTO DE REPRESENTACION: Comision

NÚMERO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES: []

IMPORTE EJERCIDO POR EL TOTAL DE ACOMPAÑANTES: []

ESTADO Y CIUDAD DE ORIGEN: San Luis de la Paz, Gto

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO: Cd. Lerma, Gto

MOTIVO DEL CARGO O COMISION: Trabajo

SALIDA: 7:30 AM.

REGRESO: 16:00

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO: []

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS: []

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL T



EL SAN LUIS DE LA PAZ
que queremos
ATENDER EN LA PAZ

COMISIÓN

Folio: _____

(CONTRALORÍA MUNICIPAL SAN LUIS DE LA PAZ GTO.)

Con fundamento y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 117 fracciones II, V, XV y XVII de la ley orgánica municipal para el estado de Guanajuato y sus municipios

Referencia _____

Fecha: 05-enero-2021.

C. Bruno Héctor Hernández Hernández

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Puesto: Asistente Operativo "A".
Dirección o Dependencia: Oficialía Mayor

Hago de su conocimiento que ha sido comisionado para presentarse en la ciudad de Celaya, Gto.
Durante el día 07 de enero de 2021.

Con el objeto de: Traslado de paciente.

Tiempo considerado para la realización de la actividad 1 día

Monto financiero a utilizar para la realización de la actividad (viáticos):

Llenar solo en caso de utilizar vehículo para la comisión

Numero de unidad Marca del vehículo: Modelo ><<<<<<<<<<<<

Kilometraje actual _____ Distancia aproximada en kilómetros ida y vuelta _____

Cantidad de combustible a utilizar _____ Cantidad de combustible que cargara _____

Numero de vale _____ Hora estimada de salida _____ Hora estimada de llegada _____

¿Cuál es el objetivo de la comisión? Traslado de paciente

OBSERVACIONES derivadas de la actividad comisionada:
Atender comisión en la ciudad de Celaya Gto.

Autorización por parte
Del Superior Jerárquico
De la Dirección

Lic. Jaime Mata Pérez
Oficial Mayor

Sello de
comprobación.

Validación de personal
donde se realizó la
Comisión.

A.T.A.
L.D. Monice Torres Morales

Sello de
Comprobación

**HOSPITAL
MATERNO
CELAYA**

Secretaría de Salud

468 106 7926

Handwritten text, possibly a date or reference number, located in the bottom left corner.