



**EL SAN LUIS  
DE LA PAZ**  
*que queremos*

AYUNTAMIENTO 2018 - 2021

*¿EN QUÉ TE PUEDO  
servir?*

**OFICIO DE 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: <u>16-06-2021</u>
<b>C. Ángel Abraham Salazar Zamora,</b>	<b>Chofer</b>
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	Puesto
Dirección o Dependencia: <u>Oficialía Mayor.</u>	

Hago de su conocimiento que Usted ha sido comisionado para:  
Presentarse en la ciudad de León, Gto.  
 Durante el día, 21 de junio del 2021.  
 Con el objeto de: Traslado de pacientes la ciudad de León, Gto.

Tiempo considerado para la realización de la actividad 1 día \_\_\_\_\_

Monto financiero a utilizar para la realización de la actividad (viáticos) \$346.00 (Trescientos Cuarenta y Seis Pesos 00/100 M.N.)

**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? Realizar gestiones administrativas.

OBSERVACIONES derivadas de la actividad comisionada:  
Atender comisión en la Ciudad de León, Gto.

Autorización por parte Del Superior Jerárquico De la Dirección  Lic. Jaime Mata Pérez		Validación de personal donde se realizó la Comisión.	Sello de Comprobación.
---	---	--	---------------------------

FECHA

21-JUNIO-2021

PUESTO DEL SOLICITANTE:

Chofer

DENOMINACION DEL CARGO:

ADMINISTRATIVO

OPERATIVO

DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCION:

Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

C. Angel Abraham Galizar Zamora

DENOMINACION DEL ACTO DE REPRESENTACION:

Comisión

NÚMERO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES:

IMPORTE EJERCIDO POR EL TOTAL DE ACOMPAÑANTES:

ESTADO Y CIUDAD DE ORIGEN:

San Luis de la Paz, Cto

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO:

León, Cto

MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN:

Traslado de pacientes

SALIDA:

REGRESO:

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO:

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS:

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL TITULAR DE

