



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>
C. J. Reyes García,	Asistente operativo "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 de 2021.

Con el objeto de: Traslado de pacientes a 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	 <p>Sello de comprobación.</p>	Validación de personal donde se realizó la Comisión.	Sello de Comprobación.
---	---	--	---------------------------

FECHA:

21. Junio. 2021

PUESTO DEL SOLICITANTE:

Auxiliar Operativo "B"

DENOMINACION DEL CARGO:

ADMINISTRATIVO

OPERATIVO

DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCION:

Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

C.J. Reyes Garcia

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, Lto

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO:

Leon, Lto

MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN:

Traslado de pacientes

SALIDA:

REGRESO:

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO:

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS:

[Handwritten Signature]

FIRMA DEL SOLICITANTE

[Handwritten Signature]
FIRMA DEL TITULAR DE