



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: 22-06-2021
C. Ángel Abraham Salazar Zamora,	Chofer
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 Doctor Mora, Gto.
 Durante el día, 25 de junio del 2021.
 Con el objeto de: Traslado de pacientes la ciudad de Doctor Mora, Gto.

Tiempo considerado para la realización de la actividad 1 día

Monto financiero a utilizar para la realización de la actividad (viáticos) \$150.00 (Ciento Cincuenta 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 Doctor Mora, 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

25. JUNIO. 2021

PUESTO DEL SOLICITANTE:

Chofer

DENOMINACION DEL CARGO:

ADMINISTRATIVO

OPERATIVO

DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCION:

Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

C. Ángel Abraham Galazar 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, Lto

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO:

Dr. Mora, Lto

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