



**EL SAN LUIS DE LA PAZ**  
*que queremos*  
 AYUNTAMIENTO 2016-2021  
**¿EN QUÉ TE PUEDO AYUDAR?**

**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>21-04-2021</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, 27 de abril 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  C.P. Leticia Martínez González 		Validación de personal donde se realizó la Comisión.	Sello de Comprobación.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------



# COMPROBACION DE GASTOS POR CONCEPTO DE VIATICOS

FECHA:

PUESTO DEL SOLICITANTE:

DENOMINACION DEL CARGO:  
ADMINISTRATIVO  OPERATIVO  DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCION:

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

DENOMINACION DEL ACTO DE REPRESENTACION:

NÚMERO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES:

IMPORTE EJERCIDO POR EL TOTAL DE ACOMPAÑANTES:

ESTADO Y CIUDAD DE ORIGEN:

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO:


MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN:

SALIDA:

REGRESO:

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO:

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS:

  
FIRMA DEL SOLICITANTE

  
FIRMA DEL TITULAR DE AREA