



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>20/02/2024.</u>
C. Isnardo Alberto Benítez Hernández, <u>Chofer de traslados</u>	
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, 29 de febrero de 2024.

Con el objeto de: Traslado de paciente 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): \$352.00 (Trescientos Cincuenta y Dos 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 traslado de paciente a la Ciudad de León, Gto.

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

Autorización por parte Del Superior Jerárquico De la Dirección Lic. José Abraham Álvarez Valtierra	 Sello de comprobación.	Validación de personal donde se realizó la Comisión.	Sello de Comprobación.
---	-------------------------------	--	---------------------------

FIRMA _____

FECHA:

29-Feb-84

PUESTO DEL SOLICITANTE:

Chofer de Trastados

DENOMINACIÓN DEL CARGO:

ADMINISTRATIVO

OPERATIVO

DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCIÓN:

Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

Isnardo Alberto Benitez Hernández

DENOMINACIÓN DEL ACTO DE REPRESENTACIÓN:

Comision.

NÚMERO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES:

ESTADO Y CIUDAD DE ORIGEN:

San Luis del 19 Feb, Gto.

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO:

Ucar, Gto.

MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN:

Traslado de Paciente

SALIDA:

8:30 am

REGRESO:

4:00 pm

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO:

\$ 280.⁰⁰

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS:

\$ 77.⁰⁰

Isnardo Benitez Hdz

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA

CFDI

Comprobante Fiscal Digital a través de Internet

Folio Fiscal

7f0186bb-c738-4fc1-a92d-2385c99350c2

