EL SAN LUIS DE LA PAZ
que queremos
AYUNTAMIENTO 2018 - 2021

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:28-abril-2021.

C. J. Reyes García

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Puesto: Asistente Operativo "A".
Dirección o Dependencia: Oficialía Mayor

Hago de su conocimiento que ha sido comisionado para presentarse en la ciudad de León Gto.
Durante _el__ día 30 de abril de 2021.
Con el objeto de: Traslado de paciente

Tiempo considerado para la realización de la actividad_____1 día_____

Monto financiero a utilizar para la realización de la actividad (viáticos): 346 Trescientos cuarenta y seis pesos

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? Traslado

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

Autorización por parte Del Superior Jerárquico De la Dirección	Sello de comprobación.	Validación de personal donde se realizó la Comisión.	Sello de Comprobación.
C.P. LETICIA MARTÍNEZ GONZÁLEZ ENCARGADA DE DESPACHO DE OFICIALÍ MAYOR	OFICIALÍA MAYOR SAN LUIS DE LA PAZ, GTO.	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO GERENTE SOCIAL 1 2 3 4 5 6 CONVENIO LTS. MARIA DEL CONSUELO AYALA RODRIGUEZ FIRMA _____	SALUD

300421
1024am

FECHA: 30-04-2021.

PUESTO DEL SOLICITANTE: Asistente Operativo B

DENOMINACION DEL CARGO:

ADMINISTRATIVO [ ] OPERATIVO [X] DIRECTIVO [ ]

AREA DE ADSCRIPCION: Oficialia Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE: J. Reyes Garcia

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, Gto.

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO: León, Gto.

MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN: Traslado de paciente.

SALIDA: REGRESO:

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO:

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS:

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL TITULAR DE