



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: 09-noviembre-2017
C. Bruno Héctor Hernández Hernández. Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Dirección o Dependencia: <u>Oficialía Mayor Nivel y Puestos: Asistente Operativo "A"</u> .	

Hago de su conocimiento que Usted ha sido comisionado para: Presentarse en la Ciudad de León, Guanajuato Durante <u>el</u> día, del <u>13</u> de noviembre del 2017 Con el objeto de: <u>Realizar el traslado de pacientes: C.C.C Miriam Guadalupe Arellano Gómez, Verónica Aguilar Elizondo, Enrique Lugo, al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío de la Ciudad de León, Guanajuato, Tiempo considerado para la realización de la actividad _____</u>
---


Monto financiero a utilizar para la realización de la actividad (viáticos) <u>\$ 278.00 (doscientos setenta y ocho pesos 00/100 m.n).</u>
---

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?  OBSERVACIONES derivadas de la actividad comisionada: <u>Atender comisión en la Ciudad de León, Guanajuato.</u>
---

Autorización por parte Del Superior Jerárquico De la Dirección  Lic. Juan Enrique Licea Pérez   Oficial Mayor		Validación de personal donde se realizó la Comisión.  Nombre, Firma y Cargo	Sello de Comprobación.  
---	---	---	--

  
 FIRMA TS. Rosas R  
13 nov 2017

COMPROBACION DE GASTOS POR CONCEPTO DE VIATICOS

FECHA: 13- Noviembre- 2017

PUESTO DEL SOLICITANTE: Asistente Operativo "A"

DENOMINACION DEL CARGO:  
ADMINISTRATIVO  OPERATIVO  DIRECTIVO

AREA DE ADSCRIPCION: Oficina Mayor

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Bruno Héctor Hernández Hernández

DENOMINACION DEL ACTO DE REPRESENTACION: Traslado de pacientes

NÚMERO DE PERSONAS ACOMPAÑANTES: 4

IMPORTE EJERCIDO POR EL TOTAL DE ACOMPAÑANTES: \$ 278.00

ESTADO Y CIUDAD DE ORIGEN: San Luis de la Paz, Guanajuato

ESTADO Y CIUDAD DE DESTINO: León Guanajuato

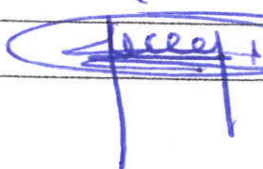
MOTIVO DEL CARGO O COMISIÓN: Acudir al Hospital de Alta Especialidad del Bajío

SALIDA: 6:30 am REGRESO: 5:30 pm

IMPORTE TOTAL EJERCIDO EROGADO: \$ 278.00

IMPORTE TOTAL DE GASTOS NO EROGADOS: ~~Impagos~~ \$ 0.00

  
FIRMA DEL SOLICITANTE

  
FIRMA DEL TITULAR DE AREA