

**OFICIO DE COMISIÓN Y REPORTE DE VIATICOS**

LUGAR: SAN CIRO DE ACOSTA, S.L.P.  
 FECHA: 26 DE MARZO DE 2019.

**DATOS DE LA COMISIÓN:**

ASUNTO ENCOMENDADO: TRASLADO DE PACIENTES

LUGAR: HOSPITAL CENTRAL IGNACION MORONES PRIETO  
 FECHA: 27 DE MARZO DE 2019

**PERSONA COMISIONADA:**

NOMBRE: JOSE GUADALUPE MENDEZ RUIZ

CARGO: CHOFER

DEPARTAMENTO: SMDIF

VEHICULO: FIAT DUCATO VAN VEHICULO ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBSERVACIONES:

*[Firma]*  
 Jefe del Departamento  
 Firma y Sello de AUTORIZACIÓN

*[Firma]*  
 Secretario General  
 Firma y Sello de AUTORIZACIÓN

*[Firma]*  
 Persona Comisionada

El solicitante expone participar en la comisión indicada; solicitando se le acrediten los gastos de traslado y viáticos que correspondan, dejando expresa conformidad de cumplir con la comprobación de gastos debidamente requisitados.

**REPORTE DE VIÁTICOS (PARA SER LLENADO POR TESORERIA):**

ALIMENTACIÓN: 149.12  
 HOSPEDAJES: \_\_\_\_\_  
 COMBUSTIBLES: \_\_\_\_\_  
 PEAJES: \_\_\_\_\_  
 OTROS: \_\_\_\_\_  
 TOTAL: 149.12

*[Firma]*  
 Persona Comisionada

Vo Bo.

Secretario General

TESORERO MUNICIPAL

**OFICIO DE COMISIÓN Y REPORTE DE VIATICOS**

LUGAR: SAN CIRÓ DE ACOSTA, S.L.P.  
 FECHA: 26 DE MARZO DE 2019.

**DATOS DE LA COMISIÓN:**


ASUNTO ENCOMENDADO: TRASLADO DE PACIENTES

LUGAR: HOSPITAL CENTRAL IGNACION MORONES PRIETO  
 FECHA: 27 DE MARZO DE 2019

**PERSONA COMISIONADA:**

NOMBRE: JOSE GUADALUPE MENDEZ RUIZ  
 CARGO: CHOFER  
 DEPARTAMENTO: SMDIF  
 VEHICULO: FIAT DUCATO VAN VEHICULO ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**OBSERVACIONES:**

  
**DIF**  
 SAN CIRÓ DE ACOSTA  
 Jefe del Departamento  
 Firma y Sello de AUTORIZACIÓN

  
 Secretario General  
 Firma y Sello de AUTORIZACIÓN  
 Persona Comisionada

El solicitante expone participar en la comisión indicada; solicitando se le acrediten los gastos de traslado y viáticos que correspondan, dejando expresa conformidad de cumplir con la comprobación de gastos debidamente requisitados.

**REPORTE DE VIÁTICOS (PARA SER LLENADO POR TESORERIA):**

ALIMENTACIÓN:	_____	_____
HOSPEDAJES:	_____	_____
COMBUSTIBLES:	_____	Persona Comisionada
PEAJES:	_____	_____
OTROS:	_____	Vo Bo.
<b>TOTAL</b>	_____	<b>TESORERO MUNICIPAL</b>