



OFICIO DE COMISIÓN Y REPORTE DE VIATICOS

LUGAR:

SAN CIRO DE ACOSTA, S.L.P.

FECHA:

05 DE NOVIEMBRE DE 2019

DATOS DE LA COMISIÓN:

ASUNTO ENCOMENDADO:

TRASLADO DE PACIENTES A CONSULTA MEDICA

LUGAR:

HOSPITAL CENTRAL IGNACIO MORONES PRIETO, S.L.P.

FECHA:

06 DE NOVIEMBRE DE 2019

PERSONA COMISIONADA:

NOMBRE:

JOSE GUADALUPE MENDEZ RUIZ

CARGO:

CHOFER

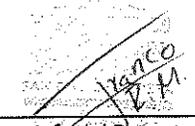
DEPARTAMENTO:

SMDIF

VEHICULO:

FIAT DUCATO CARGO VAN, VEHICULO ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBSERVACIONES:


Jefe del Departamento
Firma y Sello de AUTORIZACIÓN


P.A. 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 VIATICOS (PARA SER LLENADO POR TESORERIA):

ALIMENTACIÓN:

281.50

HOSPEDAJES:

COMBUSTIBLES:

PEAJES:

OTROS:

TOTAL

281.50


Persona Comisionada


P.A. Secretario General


Ve-Bo.

TESORERO MUNICIPAL



**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DE SAN CIRO DE ACOSTA, S.L.P.**

SAN CIRO DE ACOSTA, S.L.P. A 05 DE NOVIEMBRE DE 2019.

ASUNTO: OFICIO DE COMISION.

A QUIEN CORRESPONDA

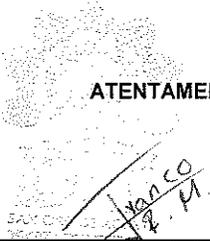
PRESENTE:

POR ESTE CONDUCTO ME DIRIJO A USTED, PARA HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE EL C. JOSE GUADALUPE MENDEZ RUIZ CHOFER DE ESTA DEPENDENCIA EN VEHÍCULO FIAT DUCATO VAN CARGO VEHICULO ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EL DIA 06 DE NOVIEMBRE DE 2019.

NO	NOMBRE PACIENTE	ACOMPANANTE	LUGAR	TELEFONO
1.	VENTURA DIAZ DIAZ	1	HC	4871021726
2.	EFRAIN PONCE MARTINES	GRACIELA MANCILLA	HC	4871467295
3.	JOSE GUADALUPE ARVIZU	J. CARMEN ARVIZU LETICIA PAULA RESENDIZ	HC	4871002221

LOS PACIENTES ANTES MENCIONADOS ACUDEN A LAS INSTALACIONES DE HOSPITAL CENTRAL, S.L.P. SIN MÁS POR EL MOMENTO ME DESPIDO DE USTED ENVIÁNDOLE UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE:


T.A. FRANCO RAMIREZ MEDINA
COORDINADOR DEL SMDIF