



**GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
SECRETARÍA DE FINANZAS
ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VIÁTICOS**

NÚMERO: CGCSV/CGCSV/0646/2019

CLAVE PRESUPUESTARIA: 124001178000003375374EAAA0118

DEPENDENCIA O ENTIDAD: COORDINACION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL Y VOCERIA

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 10/12/2019

NOMBRE DEL COMISIONADO: SET GABRIEL RUIZ RUIZ

CATEGORÍA: JEFE DE DEPARTAMENTO - M.M. Y S. - OJ1702A

ADSCRITO A LA: COORDINACIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

LUGAR DE COMISIÓN: LOMA BONITA

REGIÓN: PAPALOAPAM

OBJETO DE LA COMISIÓN: DAR COBERTURA INFORMATIVA A LA INAUGURACIÓN DEL CENTRO DE ACOPIO DE LECHE

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: AUTORIDADES OFICIALES

OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 19/12/2019 AL 20/12/2019 CUOTA DIARIA: \$700.00 (SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO: DODGE DURANGO PLACAS TLN-9972

AUTOBUS()

OTRO ()

ESPECIFIQUE:

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

LIC. ALFONSO MARTINEZ CORDOBA

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

CONSTANCIA DE COMISIÓN

_____ A _____ DE _____

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL _____ AL _____



NAHUA BLANCO VELAZQUEZ
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

NOTA: EN CASO DE VISITAR DOS O MAS LUGARES UTILIZAR EL REVERSO CON LOS MISMOS DATOS DE ESTA CONSTANCIA.

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

RECIBO OFICIAL

NUMERO: CGCSV/CGCSV/0646/2019

FECHA: 10/12/2019

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$1750.00 (MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)

POR CONCEPTO DE 2.5 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

[Signature]
RURS830421J39

SET GABRIEL RUIZ RUIZ

NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

JOAQUIN MORALES HERNANDEZ

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

ALFONSO MARTINEZ CORDOBA

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
SECRETARÍA DE SALUD
ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VOUCHER

MEMORANDO AL SEÑOR DIRECTOR
DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DE OAXACA

En atención a la solicitud de la señora [Nombre], inscrita en el padrón municipal de habitantes del municipio de [Municipio], con domicilio en [Dirección], y en virtud de lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento del Seguro Popular, se ordena a la Unidad de Atención y Pago de Voucher de la Secretaría de Salud del municipio de [Municipio] emitir el voucher correspondiente a la señora [Nombre] por el monto de [Monto] pesos, para que pueda acceder a los servicios de salud que correspondan.

ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VOUCHER

El presente voucher es válido para el pago de los servicios de salud que correspondan a la señora [Nombre] en el municipio de [Municipio].



En Omitlán, Oaxaca, a los [Día] de [Mes] de [Año].

[Firma]