



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

NÚMERO: ICAPET/ICAPET/0302/2018

CLAVE PRESUPUESTARIA: 52400110600000411374EBAFG0118

DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE OAXACA

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 24/05/2018

NOMBRE DEL COMISIONADO: HOMERO CHAVEZ LOPEZ  
ADSCRITO A LA: PDC 088 SANTO DOMINGO TEHUANTEPEC  
REGIÓN: VALLES CENTRALES

CATEGORÍA: M.M. Y S. - DIRECTOR DE PLANTEL - 0J1718B  
LUGAR DE COMISIÓN: REYES MANTECON

OBJETO DE LA COMISIÓN: REUNION CON DIRECTORES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO  
ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: EL LIC. JAVIER MENDOZA AROCHE  
OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 25/05/2018 AL 25/05/2018 CUOTA DIARIA: \$800.00 (OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO:RX-33824      AUTOBUS()      OTRO ()

ESPECIFIQUE



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y  
PRODUCTIVIDAD PARA EL TRABAJO  
DEL ESTADO DE OAXACA  
DIRECCIÓN GENERAL

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

*[Handwritten signature]*  
MTRO. FRANCISCO ANGEL MALDONADO MARTINEZ  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

REYES MANTECON, OAXACA A 25 DE MAYO DE 2018

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 25-05-2018 AL 25-05-2018



INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y  
PRODUCTIVIDAD PARA EL TRABAJO  
DEL ESTADO DE OAXACA  
DIRECCIÓN TÉCNICA  
ACADÉMICA

*[Handwritten signature]*  
Lic Javier Mendoza Aroche  
DIRECTOR GENERAL A.

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**

NÚMERO: ICAPET/ICAPET/0302/2018

FECHA: 24/05/2018

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$800.00 (OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)  
POR CONCEPTO DE 1 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

*[Handwritten signature]*  
C/280  
HOMERO CHAVEZ LOPEZ  
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Handwritten signature]*  
LIC. JULIO CESAR MATUS PASTOR  
RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

*[Handwritten signature]*  
MTRO. FRANCISCO ANGEL MALDONADO MARTINEZ  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD