



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

NÚMERO: ICAPET/ICAPET/0424/2018

CLAVE PRESUPUESTARIA: 524001106000000411374EBAFG0118

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

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 04/07/2018

NOMBRE DEL COMISIONADO: LAURA CRISTINA SANTIAGO CORTES

CATEGORÍA: JEFE DE OFICINA - CTO. CFZA. - 2N1504

ADSCRITO A LA: PDC 166 SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL

LUGAR DE COMISIÓN: REYES MANTECON

REGIÓN: VALLES CENTRALES

OBJETO DE LA COMISIÓN: ASISTIR A LA REUNION DE TRABAJO CONVOCADA POR LA DIRECCION TECNICA ACADEMICA DEL ICAPET

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: EL LCDO. JAVIER SERGIO MENDOZA AROCHE

OTROS LUGARES: N/A

PERIÓDO DEL: 04/07/2018 AL 05/07/2018 CUOTA DIARIA: \$800.00 (OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHICULO: RW33833

AUTOBUS() OTRO ()

ESPECIFIQUE:



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

SELO 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 COMISION**

Reyes Mantecon, Oaxaca. A 05 de Julio DE 2018

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 04/07/18 AL 05/07/18



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

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

*[Handwritten Signature]*  
Lic. Javier Sergio Mendoza Aroche  
Director Técnico A.  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBO OFICIAL**

NÚMERO: ICAPET/ICAPET/0424/2018

FECHA: 04/07/2018

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$1600.00 (MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)  
POR CONCEPTO DE 2 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

*[Handwritten Signature]*

SACL871213

LAURA CRISTINA SANTIAGO CORTES  
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