



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

NÚMERO: ICAPET/ICAPET/0520/2018

CLAVE PRESUPUESTARIA: 524001106000000411374EBAFG0118

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

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

FECHA: 13/08/2018

NOMBRE DEL COMISIONADO: FRIDA REMEDIOS RIVAS CRUZ

CATEGORÍA: SECRETARIA DE JEFE DE UNIDAD - CTO. CFZA. - 2N0708

ADSCRITO A LA: DIRECCION GENERAL

LUGAR DE COMISIÓN: IXTLAN DE JUAREZ

REGIÓN: SIERRA NORTE

OBJETO DE LA COMISIÓN: ASISTIR A LA AUDIENCIA PUBLICA

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: LOS ORGANIZADORES DEL EVENTO

OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 14/08/2018 AL 14/08/2018 CUOTA DIARIA: \$400.00 (CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHICULO:RX-52949 AUTOBUS() OTRO ()

ESPECIFIQUE



INSTITUTO DE CAPACITACION Y PRODUCTIVIDAD PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE OAXACA DIRECCION 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**

Ixtlan de Juarez A 14 de Agosto DE 2018

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 14/08/18 AL 14/08/18



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]*  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBO OFICIAL**

NUMERO: ICAPET/ICAPET/0520/2018

FECHA: 13/08/2018

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$400.00 (CUATROCIENTOS 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]*  
RICF930901

FRIDA REMEDIOS RIVAS CRUZ  
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

*c/405*

ESTE FORMATO NO TENDRA VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDATURAS