



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

NUMERO: INJEO/INJEO/0199/2025

CLAVE PRESUPUESTARIA: 52600112500000001411374AEAAA0425

DEPENDENCIA O ENTIDAD: INSTITUTO DE LA JUVENTUD DEL ESTADO DE OAXACA

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 24/06/2025

NOMBRE DEL COMISIONADO: SAMANTA ANAHI MOTA VASQUEZ

CATEGORÍA: DIRECTOR GENERAL - M.M. Y S. - 0D2210A

ADSCRITO A LA: DIRECCION GENERAL

LUGAR DE COMISIÓN: SANTIAGO PINOTEPA NACIONAL

REGIÓN: COSTA

OBJETO DE LA COMISIÓN: TRASLADO PARA ENTREGA DE VIVERES Y APOYO A DAFNIFICADOS POR EL HURACAN ERICK

ORDENANDE PRESENTARSE CON: AUTORIDAD CORRESPONDIENTE

OTROS LUGARES: N/A

PERÍODO DEL: 25/06/2025 AL 25/06/2025 CUOTA DIARIA: \$800.00 (OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N. )

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

AUTOBUS( )

OTRO (X)

ESPECIFIQUE: CARRO PARTICULAR



SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

DEL ESTADO DE OAXACA  
2022-2024

*[Signature]*

C.SAMANTA ANAHI MOTA VASQUEZ

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

CONSTANCIA DE COMISIÓN

Santiago Pinotepa Nacional A 25 junio DE 2025

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL

25/06/2025 AL 25/06/2025



ENLACE MUNICIPAL  
DE LA JUVENTUD

SELLO

Mpio. Santiago  
Pinotepa Nacional  
Dpto. Ixmiquilpan, Oax.  
01-01-2025 11:12:2027

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

*[Signature]*  
Miriam Fernandez Guzmán Arceles  
Titular de la Juventud

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

RECIBO OFICIAL

NUMERO: INJEO/INJEO/0199/2025

FECHA: 24/06/2025

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

*[Signature]*

MOVS981003K94

SAMANTA ANAHI MOTA VASQUEZ

NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Signature]*

C.ALEJANDRA GONZALEZ CRUZ

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

*[Signature]*

C.SAMANTA ANAHI MOTA VASQUEZ

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

C.426406

ESTE FORMATO NO TENDRA VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS