



OFICIO DE COMISION



NOMBRE DEL EMPLEADO: **C. MIGUEL ANGEL MONTELONGO DELGADO
JOSE CARLOS SALAS RAMIREZ**

PUESTO Y CATEGORIA: **CHOFER DE AMBULANCIA**

LUGAR DE LA COMISION: **FRESNILLO, ZAC.**

HORA DE SALIDA: **05.00 AM.**

PERIODO DE LA COMISION: **28 DE MARZO DE 2017**

ESTIMACION DE GASTOS

DÍAS DE LA COMISION: _____

TARIFA: _____

PERNOCTAR (SI/NO): _____

ESTIMADO DE VIÁTICOS: _____

SE TRASLADARÁ PARA REALIZAR COMISION EN:

1.- VEHICULO OFICIAL MARCA: **AMBULANCIA 11**

2.- VEHICULO PARTICULAR:

3.- AUTOBÚS:

KILÓMETROS A RECORRER: _____

PRECIO LITRO COMBUSTIBLE: _____

MONTO EN VALES OFICIALES: _____

4.- PRECIO DEL PASAJE VIAJE
REDONDO

SELLO Y FIRMA DE LA DEPENDENCIA
DIRECCION O DEPARTAMENTO DE LA COMISION

**C. MIGUEL ANGEL MONTELONGO DELGADO Y JOSE
CARLOS SALAS RAMIREZ**

Miguel Angel M. D.
NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO

NOTA: AL TERMINO DE SU COMISION, PASAR A LA
BREVEDAD POSIBLE AL DEPTO. DE TESORERIA
A COMPROBAR GASTOS.

Vo. Bo.

Javier Ramirez T.



H. AYUNTAMIENTO
2016 - 2018
FRESNILLO, ZAC.

**TMCI. JAVIER RAMIREZ TORRES
OFICIAL MAYOR**

ENTREGA

**LIC. HUMBERTO GARCIA HERNANDEZ
TESORERO MUNICIPAL**

