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

NUMERO: /UNISTMO/0030/2024
CLAVE PRESUPUESTARIA: UNIVERSIDAD DEL ISTMO
DEPENDENCIA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD DEL ISTMO

AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN

FECHA: 23/01/2024

NOMBRE DEL COMISIONADO: C. CASTULO VALDIVIESO LOPEZ **CATEGORÍA: CHOFER A - BASE - 4AL004**

ADSCRITO A LA: VICE RECTORIA DE ADMINISTRACIÃ"N **LUGAR DE COMISIÓN: VARIOS (VALLES CENTRALES)**

REGIÓN: VALLES CENTRALES

OBJETO DE LA COMISIÓN: TRASLADO DE PERSONAL ACADEMICO A LA CIUDAD DE OAXACA

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: ENCARGADO

OTROS LUGARES: UNIVERSIDAD LA SALLE

PERIÓDO DEL: 24/01/2024 AL 24/01/2024 CUOTA DIARIA: $300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO:TOYOTA RX 72810 AUTOBUS() OTRO ()

ESPECIFIQUE:

UNISTMO
VICE-RECTORIA DE ADMINISTRACION

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
REQUISITAR SIN DESPRENDER

M.A. OSCAR CORTES OLIVARES
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
REQUISITAR SIN DESPRENDER

CONSTANCIA DE COMISIÓN

Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca
Servicios de Salud de Oaxaca

Oaxaca de Juárez, Oaxaca **A** 24 de enero **DE** 2024

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 24/01/24 **AL** 24/01/24

Servicios de Salud de Oaxaca
Dirección de Enseñanza y Calidad
Unidad de Enseñanza, Educación e Investigación en Salud
Departamento de Enseñanza

SELLO

M.S.P. Wett Caballero López
Directora de Enseñanza y Calidad

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

NUMERO: /UNISTMO/0030/2024
FECHA: 23/01/2024

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE $300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)
POR CONCEPTO DE 1 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo **Entregué** **Autorizó**

VALC8406254Q5
C. CASTULO VALDIVIESO LOPEZ
NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

ESTE FORMATO NO TENDRA VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS