

Pagado

Datos del Personal Comisionado

Nombre: R.F.C.

Adscripción: Fecha Autorización:

Ubicación: Viaticos Locales Nacionales Extranjero

Categoría: Nivel de Categoría:

Forma de Pago: Efectivo: Tarjeta: No. de Cuenta:

Tarifa: Tipo de Viáticos Anticipados Devengados

Tipo de Transporte: Público Particular Oficial

Placas: No. de Unidad:

Datos de la Comisión

Motivo de la comisión:

Municipio, Localidad y Periodo	Gasto	Cuota Diaria	Días	Importe
	Hospedaje			
	Pasajes/Peajes			
	Alimentación			
	Otros			
	Total:			

Reporte de Actividades	Certificación
<input type="text"/>	Hospital Infantil de México Federico Gómez
<input type="text"/>	 20 SEP. 2024 
<input type="text"/>	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN

Autoriza

P.A. [Signature]

Responsable del Área

Juan Jesus Lopez Oidor

Comisionado

Datos del Personal Comisionado

Nombre:	Juan Jesus Lopez Oidor	R.F.C.:	LOOJ711225HG2
Adscripción:	Sistema DIF Municipal	Fecha Autorización:	24/SEP/2024
Ubicación:	Prol. Javier Rojo Gomez No. 153 Bo. Abundio Martinez	Viaticos	Locales <input type="checkbox"/> Nacionales <input checked="" type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>
Categoría:	Chofer	Nivel de Categoría:	
Forma de Pago:	Efectivo: <input type="checkbox"/> Tarjeta: <input type="checkbox"/>	No. de Cuenta:	
Tarifa:		Tipo de Viáticos	Anticipados <input type="checkbox"/> Devengados <input type="checkbox"/>
Tipo de Transporte:	Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Oficial <input checked="" type="checkbox"/>		
Placas:	HMW-292-C	No. de Unidad:	166

Datos de la Comisión

Motivo de la comisión: Se sirva de trasladar a la paciente Faustina Perez Ramirez (paciente) y acompañante a la CDMX, quienes acuden a cita medica al Instituto Nacional de Cancerologia. Cita 07:30 hrs Cel. 427 112 9466

Salida: 03:00 hrs

Municipio, Localidad y Periodo	Gasto	Cuota Diaria	Días	Importe
	Hospedaje			
	Pasajes/Peajes			
	Alimentación			
	Otros			
Total:				

Reporte de Actividades	Certificación
	

Autoriza
P.A. 
Prof. Linet Zuzuky Oyuki Solis Zavala
Responsable del Área

Juan Jesús López Oidor
C. Juan Jesus Lopez Oidor
Comisionado

Datos del Personal Comisionado			
Nombre: Juan Jesus Lopez Oidor	R.F.C. LOOJ711225HG2		
Adscripción: Sistema DIF Municipal	Fecha Autorización: 25/SEP/2024		
Ubicación: Prol. Javier Rojo Gomez No. 153 Bo. Abundio Martinez	Viaticos: Locales <input type="checkbox"/> Nacionales <input checked="" type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		
Categoría: Chofer	Nivel de Categoría: <input type="text"/>		
Forma de Pago: Efectivo: <input type="checkbox"/> Tarjeta: <input type="checkbox"/>	No. de Cuenta: <input type="text"/>		
Tarifa: <input type="text"/>	Tipo de Viáticos: Anticipados <input type="checkbox"/> Devengados <input type="checkbox"/>		
Tipo de Transporte: Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Oficial <input checked="" type="checkbox"/>			
Placas: HMW-292-C	No. de Unidad: 166		

Datos de la Comisión
Motivo de la comisión: Se sirva de trasladar a la paciente Adolfo Miguel Alonso Martinez (paciente niño) y acompañante quienes acuden a consulta medica al Hospital Infantil Federico Gomez.
Salida: 03:00 hrs

Municipio, Localidad y Periodo	Gasto	Cuota Diaria	Días	Importe
	Hospedaje			
	Pasajes/Peajes			
	Alimentación			
	Otros			
Total:				

Reporte de Actividades	Certificación
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> </div>	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; font-size: 24px; font-weight: bold; color: blue;">RELACIONES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; color: red; font-weight: bold;">25 SEP 2024</div> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; font-size: 24px; font-weight: bold; color: blue;">PUBLICAS</div>

Autoriza



Prof. Linet Zuzuky Oyón Solís Zavala
Responsable del Área

Juan Jesús López Oidor

C. Juan Jesus Lopez Oidor
Comisionado

Datos del Personal Comisionado			
Nombre: <input type="text" value="Juan Jesus Lopez Oidor"/>	R.F.C. <input type="text" value="LOOJ711225HG2"/>		
Adscripción: <input type="text" value="Sistema DIF Municipal"/>	Fecha Autorización: <input type="text" value="02/OCT/2024"/>		
Ubicación: <input type="text" value="Prol. Javier Rojo Gomez No. 153 Bo. Abundio Martinez"/>	Viaticos <input type="checkbox"/> Locales <input type="checkbox"/> Nacionales <input checked="" type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		
Categoría: <input type="text" value="Chofer"/>	Nivel de Categoría: <input type="text"/>		
Forma de Pago: Efectivo: <input type="checkbox"/> Tarjeta: <input type="checkbox"/>	No. de Cuenta: <input type="text"/>		
Tarifa: <input type="text"/>	Tipo de Viáticos Anticipados <input type="checkbox"/> Devengados <input type="checkbox"/>		
Tipo de Transporte: Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Oficial <input checked="" type="checkbox"/>			
Placas: <input type="text"/>	No. de Unidad: <input type="text"/>		

Datos de la Comisión	
Motivo de la comisión: <input type="text" value="Se sirva a trasladar a la Ciudad de Pachuca a Juana de Dios Lopez Ipina, Responsable de Programas Alimentarios a capacitacion en el Centro de Expresion Juvenil, así mismo a Valeria Hernandez Lopez (nina/paciente) y acompaãante al IMSS, Clinica 1"/>	Salida: 07:30 hrs

Municipio, Localidad y Periodo	Gasto	Cuota Diaria	Días	Importe
	Hospedaje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pasajes/Peajes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Alimentación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reporte de Actividades	Certificación
<input type="text"/>	 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL M.G.Z.M.F. No. 1 PACHUCA, HGO</p> <p>DIRECCION</p>
<input type="text"/>	

Autoriza



Responsable del Área



Comisionado