

**Datos del Personal Comisionado**

Nombre: **KAREN ARIANA ALDANA HERNANDEZ** R.F.C. **AAHK880103176**  
Adscripción: **MUNICIPIO DE HUICHAPAN** Fecha Autorización: **10/10/2025**  
Ubicación: **AV. MIGUEL HIDALGO NO.1** Viaticos Locales ☒ Nacionales ☐ Extranjero ☐  
Categoría: **JURIDICO** Nivel de Categoría:   
Forma de Pago: Efectivo: ☐ Tarjeta: ☐ No. de Cuenta:   
Tarifa: Tipo de Viáticos Anticipados ☐ Devengados ☐  
Tipo de Transporte: Público ☐ Particular ☐ ☒ X  
Placas: **HT5-709-G** No. de Unidad: **177**

**Datos de la Comisión**

Motivo de la comisión: **SIRVASE A TRASLADAR A LA CIUDAD DE QUERETARO AL DISPENSARIO SAN SEBASTIAN**  
**POR MEDICAMENTO DONADO**  
**SALIDA 9:00 HRS HRS EN LAS INSTALACIONES DE DIF MUNICIPAL**

Municipio, Localidad y Periodo

Gasto Cuota Diaria

Importe

Hospital  
Pasajes  
Alimentación  
Otros

Reporte de Actividades

**COMISARIO**

**DIRECTOR**  
**PASTORAL DE LA SALUD**  
**QUERÉTARO**



Documento Recibido

10 / 10 / 25

MTRA. LINET ZUZUKY OYUKI SOLIS ZAVALA

Responsable del Área



M. D. KAREN ARIANA ALDANA HERNANDEZ

Comisionado



**SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN**  
**OFICIO DE COMISIÓN**

**Datos del Personal Comisionado**

Nombre: GRACIELA ANAYA SILVA R.F.C.   
Adscripción: Sistema DIF Municipal Fecha Autorización: 10/10/2025  
Ubicación: Prol. Javier Rojo Gomez No. 153, Bo. Abundio Martinez Viaticos Locales ☐ Nacionales ☒ Extranjero ☐  
Categoría: Responsable de Desayuno Escolar Frio Nivel de Categoría:   
Forma de Pago: Efectivo: ☐ Tarjeta: ☐ No. de Cuenta: ENLACE JURIDICO  
Tarifa:  Tipo de Viáticos Anticipados ☐ Devengados ☐  
Tipo de Transporte: Público ☐ Particular ☐ Oficial ☒  
Placas: HT-5709-G No. de Unidad: 177

**Datos de la Comisión**

Motivo de la comisión: Se sirva de trasladar a la Ciudad de QUERETARO a retiro de medicamento al dispensario  
san francisco.  
Salida: 8:42 a.m

| <br>Municipio, Localidad y Periodo | Gasto          | Cuota Diaria | <br>Días | Importe |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                       | Hospedaje      |              |                                                                                               |         |
|                                                                                                                       | Pasajes/Peajes |              |                                                                                               |         |
|                                                                                                                       | Alimentación   |              |                                                                                               |         |
|                                                                                                                       | Otros          |              |                                                                                               |         |
| Total:                                                                                                                |                |              |                                                                                               |         |

**CONTADOR**  
Reporte de Actividades

**COMISARIO**

**DIRECTOR DE LA SALUD**  
**QUERÉTARO**  
Certificación



Documento Recibido  
10/10/25

  
Profra. Linel Zuzuky Oyuki Solis Zavala

Responsable del Área

  
C. GRACIELA ANAYA SILVA

Comisionado