



PDF

DEPENDENCIA: **SALUD MUNICIPAL**

FECHA: VIERNES 12 DE ABRIL DEL 2019

**OFICIO DE COMISIÓN**

NOMBRE(S): **SIMONA CERVANTES CASTILLO**  
 ADSCRIPCIÓN: **EDUCACION Y CULTURA**  
 PUESTO: **INTENDENTE**  
 MOTIVO DE LA COMISIÓN: **ACUDIR A CONSULTA DE ESPECIALIDAD A INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION CDMX**

ORIGEN DEL ESTADO O COMISION		
PAÍS	ESTADO	CIUDAD
MÉX	HGO	TULA

DESTINO DEL ENCARGO O COMISIÓN		
PAÍS	ESTADO	CIUDAD
MÉX	MEX	MEXICO

FECHA DE SALIDA: 12-abr.-19      FECHA DE REGRESO: 12-abr-19

TIPO DE VIATICOS:      ANTICIPADOS: \_\_\_\_\_      DEVENGADOS: \_\_\_\_\_

VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO: \_\_\_\_\_      NO. ECO: \_\_\_\_\_

COMBUSTIBLE: \_\_\_\_\_      LEITROS: \_\_\_\_\_      PLACAS: \_\_\_\_\_



**SALUD MUNICIPAL**  
**EDUCACIÓN Y CULTURA**      **CONSTANCIA DE ASISTENCIA**

SELLO(S) DE LAS DEPENDENCIA VISITADAS

INFORME DE LA COMISIÓN, DONDE SEÑALEN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, LOS RESULTADOS OBTENIDOS, LA CONTRIBUCIONES A LA INSTITUCIÓN Y LAS CONCLUSIONES

