

FECHA: 24 DE AGOSTO DEL 2015

CLAVE PRESUPUESTAL:  
04-16-001-522-15-10-003-4152

|                                                                                    |           |                                                                                                     |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| FUNCIONARIO DE LA COMISIÓN:                                                        |           | C.P. JORGE ZAMARRIPA MARTINEZ                                                                       |                                                          |
| No. DE EMPLEADO:                                                                   |           | PUESTO O CATEGORÍA:                                                                                 | HONORARIOS                                               |
| LUGAR DE LA COMISIÓN:                                                              |           | CERRO DE SAN PEDRO, S.L.P.                                                                          |                                                          |
| No. DE DÍAS DE LA COMISIÓN Y FECHAS:                                               |           | (1) 27 DE AGOSTO DEL 2015                                                                           |                                                          |
| INDIQUE EL No. DE DÍAS PERNOCTANDO                                                 |           | 0 No. DE DÍAS SIN PERNOCTAR:                                                                        | 1                                                        |
| JUSTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN:                                                      |           | APOYAR EN LA IMPARTICIÓN DEL PROGRAMA PARA FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ARMONIZACIÓN CONTABLE |                                                          |
| TARIFA DE VERIFICACIÓN:                                                            |           |                                                                                                     |                                                          |
| Alimentos:                                                                         | -         |                                                                                                     |                                                          |
| Hospedaje:                                                                         | -         |                                                                                                     |                                                          |
| Gasolina:                                                                          | -         |                                                                                                     |                                                          |
| Casetas:                                                                           | -         |                                                                                                     |                                                          |
| Otros:                                                                             | -         |                                                                                                     |                                                          |
| Total:                                                                             | -         |                                                                                                     |                                                          |
| RECIBI DE LA CEFIM, LA CANTIDAD DE:                                                |           |                                                                                                     |                                                          |
| POR 1 DÍAS DE VIATICOS                                                             |           |                                                                                                     |                                                          |
| TRASLADO PARA REALIZAR LA COMISIÓN EN:                                             |           |                                                                                                     |                                                          |
| 1.- VEHICULO OFICIAL PLACAS:                                                       | VDV 85-38 | 3.- AUTOBUS:                                                                                        |                                                          |
| 2.- VEHICULO PARTICULAR PLACAS:                                                    |           | 4.- AVION                                                                                           |                                                          |
| SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                    |           | SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                                     |                                                          |
| SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                    |           | SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                                     |                                                          |
| SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                    |           | SELLO DE LA INSTITUCIÓN MPAL, ESTATAL O FEDERAL                                                     |                                                          |
| RECIBI<br>CONTRALORÍA INTERNA<br>CERRO DE SAN PEDRO, S.L.P.<br>2012 - 2015         |           | ELABORÓ                                                                                             | AUTORIZÓ                                                 |
| FUNCIONARIO DE COMISIÓN<br>C.P. JORGE ZAMARRIPA MARTINEZ<br>R.F.C. ZAMJ 610901 V4A |           | SUBDIRECTORA DE ADMON Y RH<br>C.P. CLAUDIA VIRGINIA RAMIREZ<br>HERNANDEZ                            | COORDINADORA ESTATAL<br>C. MARIA MAGDALENA VEGA ESCOBEDO |

FAVOR DE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA Y EL REEMBOLSO LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE HABER CUMPLIDO CON SU COMISIÓN.

FORMATO CEFIM-SARH-SARH-FC-01

3/08/15