






**REGISTRO ÚNICO DE COMISIONES AL PERSONAL**

|  |                                 |                                     |   |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Partidas Presupuestales a Afectar:</b>  |                                 |                                     |   |
| Por Viáticos   |                                 | 513737500001                        |   |
| Por Gastos de Viaje  |                                 | 513737200001                        |   |
| Combustibles y Lubricantes   |                                 |                                     |   |
| Traslados Locales  |                                 | 513737900001                        |   |
| Teléfonos y Telefax  |                                 |                                     |   |
| <b>Datos sobre la Comisión</b>   |                                 |                                     |   |
| Objetivo de la comisión  |                                 | 0                                   | Hojas adicionales a la presente.                                |
| NOTIFICACION DE OFICIOS : 2017-170-MCA y 2017-173-MCA  |                                 |                                     |   |
| Principales actividades a desarrollar:   |                                 | 0                                   | Hojas adicionales a la presente.                                |
| NOTIFICACION DE OFICIOS : 2017-170-MCA y 2017-173-MCA  |                                 |                                     |   |
| <b>Documentos de Comprobación:</b>   |                                 |                                     |   |
| <b>De Viáticos y Gastos de Viaje:</b>  |                                 | <b>Importe \$</b>                   | <b>Administrativos de la Comisión</b>                           |
|  | Hospedaje (factura de hotel)    | 0.00                                | <input checked="" type="checkbox"/> Oficio de Comisión          |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | Alimentación                    | 135.00                              | <input type="checkbox"/> Diplomas o constancia de participación |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | Boleto de avión, autobús o tren | 74.00                               | <input type="checkbox"/> Programas de trabajo                   |
|  | Combustibles y lubricantes      |                                     | <input type="checkbox"/> Actas circunstanciadas                 |
|  | Peaje                           |                                     | <input type="checkbox"/> Otros                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/>  | Traslados locales               | 70.00                               |   |
|  | Teléfonos y telefax             |                                     |   |
| <b>Importe Total de Viáticos y Gastos de Viaje Comprobados:</b>  |                                 |                                     |   |
|  | \$279.00                        |                                     | ( DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS 99/100 M.N. )                |
|  | (Número)                        |                                     | (Letra)   |
| <b>Reintegro a favor de la Dependencia</b>   |                                 |                                     |   |
|  | 0.00                            |                                     | (CERO PESOS 00/100 M.N. )                                       |
|  | (Número)                        |                                     | (Letra)   |
| <b>Reintegro a favor del Servidor Público</b>  |                                 |                                     |   |
|  | 0.00                            |                                     | (CERO PESOS 00/100 M.N. )                                       |
|  | (Número)                        |                                     | (Letra)   |
| <b>Autorización</b>  |                                 |                                     |   |
| C. P. ALFONSO SANFILIPPO LACAYD  |                                 |                                     |   |
| SUBDIRECTOR DE VISITAS DOMICILIARIAS   |                                 |                                     |   |
| Y REVISIONES DE GABINETE   |                                 | Titular de la Unidad Administrativa |   |
| <b>Informe de la Comisión:</b>   |                                 |                                     |   |
| C.   |                                 |                                     |   |
| De acuerdo a la normatividad vigente en la materia, me permito informarle los resultados de la Comisión efectuada.   |                                 |                                     |   |
| Informe  |                                 |                                     |   |
| SE CUMPLIO EL OBJETIVO AL 100%   |                                 |                                     |   |
| En caso necesario, _____, hojas anexas a la presente   |                                 |                                     |   |
| <b>Declaración:</b>  |                                 |                                     |   |
| Declaro bajo protesta de decir la verdad, que los datos contenidos en este formato son los reales y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarán en caso contrario. |                                 |                                     |   |
| <br>C. SERVANDO FLORES ORTIZ<br><b>Nombre y Firma del Servidor Público</b>                          |                                 |                                     |   |



SEFIPLAN  
ESTADO DE VERACRUZ

VER Finanzas  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
Y PLANEACIÓN

Oficio No. DGF/VDyRG/SR/283/2017

Asunto: Oficio de Comisión.

Xalapa, Ver., a 16 de Mayo de 2017.

\*Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos\*

Servando Flores Ortiz  
Auditor.  
Nº de personal 48625

Por medio del presente, me permito informarle (s) a usted (es) que ha (n) sido designado para realizar la comisión que enseguida se detalla:

|          |                                |                                 |           |
|----------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|
| LUGAR    | COSAUTLAN DE CARVAJAL, VER.    |                                 |           |
| PERIODO  | 16 DE MAYO DEL 2017.           |                                 |           |
| OBJETIVO | NOTIFICAR EL SIGUIENTE OFICIO: |                                 |           |
|          |                                |                                 |           |
| 1        | 2017-170-MCA                   | SERVICIO COSAUTLAN,S.A. DE C.V. | COSAUTLAN |

Por lo anterior al término de la comisión deberá requisitar el "Formato Registro único de Comisiones al Personal".

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

**A t e n t a m e n t e**  
Subdirector de Visitas Domiciliarias y  
Revisiones de Gabinete.

  
C.P. Alfonso Sanfilippo Lacayo.

c.c.p. Dr. Valentin Navarro Alarcón.- Director General de Fiscalización.-Para su conocimiento.- Presente  
Subdirección de Recursos Humanos.- Mismo fin.  
Archivo

