



**GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
ORDEN DE COMISIÓN Y PAGO DE VIÁTICOS**

NUMERO: COBAO/COBAO/0707/2023

CLAVE PRESUPUESTARIA: 506001-13203000004411374BECBA0223

DEPENDENCIA O ENTIDAD: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE OAXACA

**AUTORIZACIÓN DE LA COMISIÓN**

NOMBRE DEL COMISIONADO: JAVIER ARRAZOLA SILVA

CATEGORÍA: ADMINISTRATIVO - CTO. CFZA. - 2N0407

FECHA: 17/10/2023

ADSCRITO A LA: SERVICIOS GENERALES

LUGAR DE COMISIÓN: VARIOS (SIERRA SUR)

REGIÓN: SIERRA SUR

OBJETO DE LA COMISIÓN: VERIFICACION DEL MANTENIMIENTO DE NUCLEOS SANITARIOS.

ORDENANDOLE PRESENTARSE CON: QUIEN CORRESPONDA

OTROS LUGARES: PL 06 PUTLA VILLA DE GUERRERO

PERÍODO DEL: 20/10/2023 AL 20/10/2023 CUOTA DIARIA: \$400.00 (CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

MEDIO DE TRANSPORTE A UTILIZAR: VEHICULO OFICIAL (X) PLACAS DEL VEHÍCULO:VEHICULO OFICIAL

AUTOBUS()

OTRO ()

ESPECIFIQUE:

**COBAO**

COLEGIO DE BACHILLERES  
DEL ESTADO DE OAXACA

2022-2028

DIRECCIÓN  
GENERAL

SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

M.C. VERONICA HERNANDEZ GONZALEZ

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

REQUISITAR SIN DESPRENDER

**CONSTANCIA DE COMISIÓN**

Putla Villa de Guerrero, Oax., A 20 de octubre DE 2023.

HAGO CONSTAR QUE EL COMISIONADO SE PRESENTÓ EN ESTE LUGAR DEL 20 de octubre 2023 AL 20 de octubre 2023.

SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL

**COBAO**

COLEGIO DE BACHILLERES  
DEL ESTADO DE OAXACA

2022-2028

Plantel 06

PUTLA DE GUERRERO  
Clave: 20ECB00062

NOTA: EN CASO DE VISITAR DOS O MAS LUGARES UTILIZAR EL REVERSO CON LOS MISMOS DATOS DE ESTA CONSTANCIA.

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

DESPRENDER AQUI

*[Handwritten Signature]*

ING. ARNOLFO OSORIO LEGARIA

DIRECTOR DE PLANTEL  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD,  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

**RECIBO OFICIAL**

NUMERO: COBAO/COBAO/0707/2023

FECHA: 17/10/2023

RECIBÍ DE LA CAJA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA LA CANTIDAD DE \$400.00 (CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

POR CONCEPTO DE 1 DÍA(S) DE VIÁTICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LA COMISIÓN AUTORIZADA.

Recibí Efectivo

Entregué

Autorizó

*[Handwritten Signature]*

AASJ660525KX7

JAVIER ARRAZOLA SILVA

NOMBRE Y R.F.C. DEL COMISIONADO

*[Handwritten Signature]*

L.C.P. ADALBERTO MEDINA CASAS

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVA

*[Handwritten Signature]*

M.C. VERONICA HERNANDEZ GONZALEZ

TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

