



OFICIO DE COMISIÓN

Núm. **CG/DAS/0180/2024**

Local Estado País Extranjero
(X) () () ()

Fecha Día Mes Año
12 09 2024

Dependencia: **UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

Unidad Responsable: **CONTRALORÍA GENERAL**

Clave UR: 04400B

Clave Proyecto: _____

Fondo: _____

Sub Cuenta: _____

NOMBRE Y CLAVE DEL COMISIONADO: Hector Manuel Hernandez de la O, No. 03844

CARGO: Auditor

PRESENTE:

Por medio del presente me dirijo a usted para comunicarle que deberá llevar a cabo la siguiente comisión:

Supervisión de Personal Docente en División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco.

TIPO DE COMISIÓN: Menor de 24 Horas (X) Mayor de 24 Horas ()

MANDO: Profesor Investigador () Administrativo (X)

FECHA DE COMISIÓN: Inicio 12/09/2024 Término 12/09/2024 Total de Días 01

MEDIO DE TRANSPORTE: Terrestre: (X) Aéreo: () Otro: ()

VEHÍCULO OFICIAL: Placa: _____ Marca: _____ No. Económico: _____

RECIBÍ LA CANTIDAD DE: \$0.00 (CERO PESOS 00/100 M.N.)

por concepto de viáticos y/o gastos de camino.

Solicitó

C.P.C. y M.A.P. MARIA DE LOS ANGELES CARRILLO
GONZALEZ
CONTRALORA GENERAL

Autorizó

C.P.C. y M.A.P. MARIA DE LOS ANGELES CARRILLO
GONZALEZ
CONTRALORA GENERAL

Comisionado

L.C.P. Hector Manuel Hernández de la O
AUDITOR

INFORME DE LA COMISIÓN

Se realizo supervisión de personal docente

En la D.A.M. de Comalcalco.

Firma del Comisionado





OFICIO DE COMISIÓN

Núm. **CG/DAS/0202/2024**Local Estado País Extranjero
(X) () () ()Fecha Día Mes Año
25 09 2024Dependencia: **UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**Unidad Responsable: **CONTRALORÍA GENERAL**

Clave UR: 04400B

Clave Proyecto: _____

Fondo: _____

Sub Cuenta: _____

NOMBRE Y CLAVE DEL COMISIONADO: **Hector Manuel Hernandez de la O, No. 03844**CARGO: **Auditor**

PRESENTE:

Por medio del presente me dirijo a usted para comunicarle que deberá llevar a cabo la siguiente comisión:

Supervisión de Personal Administrativo en la División Académica de Ciencias de la Salud.

TIPO DE COMISIÓN: Menor de 24 Horas (X) Mayor de 24 Horas ()

MANDO: Profesor Investigador () Administrativo (X)

FECHA DE COMISIÓN: Inicio **25/09/2024** Término **25/09/2024** Total de Días **01**

MEDIO DE TRANSPORTE: Terrestre: (X) Aéreo: () Otro: ()

VEHÍCULO OFICIAL: Placa: _____ Marca: _____ No. Económico: _____

RECIBÍ LA CANTIDAD DE: **\$0.00** (CERO PESOS 00/100 M.N.)

por concepto de viáticos y/o gastos de camino.

Solicitó

C.P.C. y M.A.P. MARIA DE LOS ANGELES CARRILLO
GONZALEZ
CONTRALORA GENERAL

Autorizó

C.P.C. y M.A.P. MARIA DE LOS ANGELES CARRILLO
GONZALEZ
CONTRALORA GENERAL

Comisionado

L.C.P. Hector Manuel Hernández de la O
AUDITOR

INFORME DE LA COMISIÓN

Se realizó supervisión de personal administrativo

En la D.A.C. Salud.

Firma del Comisionado

