

N° de oficio: 08-CAT/2026

Asunto: Comisión

Sombrerete, Zacatecas, 14 Febrero 2026



Reabi  
comp \$4003.50  
*[Signature]*

**SOMBRERETE, ZAC.**  
**RECIBIDO**

Ing. Leoncio Eduardo Gonzalez Cortes CODIGO: 4016  
Jhoceline Izet Salazar Gomez CODIGO: 3338  
Ma. Rosaura Lazalde Serrano CODIGO: 304  
José Carlos Rueda Garcia. 3443  
Saul Mena Rodriguez CODIGO: 4208 (CHOFER)  
DEPARTAMENTO: Catastro Mpal.

Por este conducto, se les informa que el día 14 de Febrero 2026 acudan a la comunidad de SAN MARTIN, de este Municipio, para la instalación de módulos de cobro de Impuesto Predial. **NOTA: 2 vueltas.**

MEDIO DE TRANSPORTE:					
X	VEHÍCULO OFICIAL		AUTOBÚS	x	AUTOMÓVIL PROPIO
No.		DEPARTAMENTO:	CATASTRO		
	AEREO SALIENDO A LAS		EN EL VUELO		
	REGRESO A LAS		EN EL VUELO		
AUTORIZÁNDOLE OTORGAMIENTO DE:					
x	VIÁTICOS		PASAJES	x	COMBUSTIBLE

A su regreso elaborar el informe de las actividades realizadas, la comprobación de gastos erogados motivo de la comisión, de acuerdo a la normatividad vigente, en el formato anexo, comprobando viáticos a Tesorería a más tardar en 3 días hábiles al término de la comisión, con los sellos de la dependencia y/o firma de lugar donde se cumplió su actividad.

ATENTAMENTE

Autorizo:

*[Signature]*  
LIC. JORGE ARMANDO VELÁZQUEZ VACÍO  
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Vp.Bo.

*[Signature]*  
ING. JUAN LUIS ESTRADA JUAREZ  
SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL





**SOMBRERETE**  
H. AYUNTAMIENTO 2004-2007  
**¡LLEGÓ LA TRANSFORMACIÓN!**  
**CATASTRO**

INFORME DE RESULTADOS			
NÚMERO	FECHA		
8	14	02	2026

**EVIDENCIA Y COMPROBACION DE GASTOS  
 COMISION OFICIAL**

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO			
NOMBRE		Ing. Leoncio Eduardo González Cortez	
PUESTO O CATEGORÍA		Jefe	
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN		Catastro	
FECHA		DE	A
14/02/2026		Sombrerete, Zac.	San Martín, Somb, Zac.
OBSTÁCULOS O DIFICULTADES		DISTANCIA	
		(Kilómetros)	
		TOTAL	
		15 km.	

RECIBI LA CANTIDAD DE: \$	JEFE IMEDIATO (informe recibido)
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ

Recibí Comisión \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Sello de la  
dependencia a  
donde se asistió