

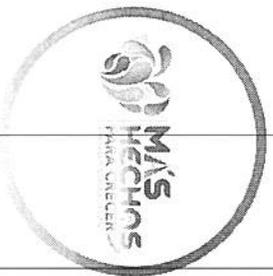
**Transferencias a Cuentas de Terceros Banorte / Ixe**BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.  
RFC: BMN-930209-927

Cuenta/ CLABE Ordenante	12/10/2022 11:18	1037831975
Nombre del Ordenante		MUNICIPIO DE CATORCE SLP
RFC Ordenante		MCA850101AC2
Moneda		MXP
ID Tercero		DONCANDE
Nombre del Beneficiario		CANDELARIO MARTINEZ SOLIS
Cuenta/ CLABE Beneficiario		1062631216
Titular de la Cuenta		MUNICIPIO DE CATORCE SLP
RFC Beneficiario		MASC660202GK1
Importe a Transferir		\$1,200.00
IVA		\$0.00
Fecha Aplicación		12/10/2022
Número de Referencia		121022
Propósito de la Transferencia		APOYO Y VIATICOS
Clave de Rastreo		2976
Confirmación		OK. OPERACION EFECTUADA
Comisión		\$0.00
IVA Comisión		\$0.00
Capturó		FRANCISCO DANIEL RAMIREZ MORENO
Fecha Captura		12/10/2022 11:15:32 a. m.
Ejecutó		FRANCISCO DANIEL RAMIREZ MORENO
Fecha de Ejecución		12/10/2022 11:17:56 a. m.
Autorizó 1:		
Fecha Autorización 1:		
Autorizó 2:		
Fecha Autorización 2:		
Autorizó 3:		
Fecha Autorización 3:		
AutExcepción 1:		
Fecha AutExcepción 1:		
AutExcepción 2:		
Fecha AutExcepción 2:		
AutExcepción 3:		
Fecha AutExcepción 3:		
Modo de Ejecución		Individual
Nombre del Archivo		

Operación realizada a través de los equipos de computo que procesan las peticiones de la Banca por Internet y que se ubican en la ciudad de México, D.F.

Para el caso de aclaración respecto a la operación celebrada, se podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Aclaraciones de la Institución, según corresponda al lugar de celebración de la operación, o solicitarla a través de los siguientes teléfonos, en un lapso no mayor a 90 días naturales a partir de la fecha señalada en el presente comprobante:

México D.F. (55) 5140 5600 - Monterrey (81) 8156 9600 ? Guadalajara (33) 3669 9000 - Resto del país 01 800 226 6783



AYUNTAMIENTO DE CATORCE, S.L.P.  
CONSTITUCION No. 27, REAL DE CATORCE, S.L.P.  
**OFICIO DE COMISION**

FECHA DE ELABORACION: 12/11/22

C: Candace Holterbach

PRESENTE.-  
CON LA FINALIDAD DE ATENDER ASUNTOS RELACIONADOS CON SUS FUNCIONES ESPECÍFICAS,  
ME PERMITO INFORMAR A USTED QUE HA SIDO COMISIONADO PARA ATENDER EL ASUNTO QUE SE  
INDICA.

**EVENTO Ó CONCEPTO:** Tasido de pacientes Cooperante Hermandad  
Asa de la Soc. Amara Masa. Atendera Manantle. y al Sr. Maxil  
Madrid Lopez. de Benigno de coronados

**OBJETIVO:** Asistir a consulta medica.

**LUGAR Y FECHA DE COMISION:** Hospital Coitrad de S.L.P.  
y vision base, catorce 2055 col. Jardin S.L.P.

**COMENTARIO:** \_\_\_\_\_

NO OMITO RECORDARLE DE LA OBLIGACION DE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ATENDER LA  
COMISION CONFERIDA. ASIMISMO, DEBERÁ COMPROBAR SUS GASTOS CON DOCUMENTOS QUE  
REUNAN REQUISITOS FISCALES, EN UN PLAZO NO MAYOR DE TRES 03 A 05 DÍAS SIGUIENTES AL  
TERMINO DE LA COMISION CITADA.

DE NO CUMPLIR CON ESTAS INDICACIONES SE LE INFORMA QUE EL MONTO QUE SE LE OTORGO PARA  
ESTA COMISION, SERA DESCONTADO DE SU SUELDO.

FIRMA, NOMBRE Y CARGO  
RESPONSABLE DEL AREA

NANCY AMERICA SOLIOS BUSTOS  
RESPONSABLE DEL SMDIF

