

Transferencias a Cuentas de Terceros Banorte / Ixe

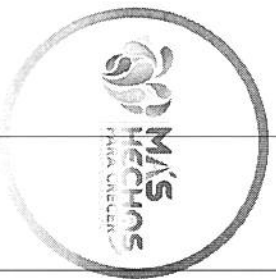
BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.
RFC: BMN-930209-927

Cuenta/ CLABE Ordenante	12/10/2022 11:18
Nombre del Ordenante	1037831975
RFC Ordenante	MUNICIPIO DE CATORCE SLP
Moneda	MCA850101AC2
ID Tercero	MXP
Nombre del Beneficiario	DONCANDE
Cuenta/ CLABE Beneficiario	CANDELARIO MARTINEZ SOLIS
Titular de la Cuenta	1062631216
RFC Beneficiario	MUNICIPIO DE CATORCE SLP
Importe a Transferir	MASC660202GK1
IVA	\$1,200.00
Fecha Aplicación	\$0.00
Número de Referencia	12/10/2022
Propósito de la Transferencia	121022
Clave de Rastreo	APOYO Y VIATICOS
Confirmación	2976
Comisión	OK. OPERACION EFECTUADA
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:	
Autorizó 2:	
Fecha Autorización 2:	
Autorizó 3:	
Fecha Autorización 3:	
AutExcepción 1:	
Fecha AutExcepción 1:	
AutExcepción 2:	
Fecha AutExcepción 2:	
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 y Coate. de Benqito de coronados

OBJETIVO: Asistir a consulta medica.

LUGAR Y FECHA DE COMISION: Hospital Coitrad de S.L.P.
y vision base, celtano 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

