



DIF Calkiní.
 Calle 20 S/N entre 3 y 5
 Col. Fátima C.P. 24900
 Tel. (996) 96 1 04 92
 dif@calkini.gob.mx
 www.calkini.gob.mx

NOMBRE DEL PERSONAL:

CHOFER:

AREA:

FECHA:

REF. SMDIF/CALKINI/ / .

HOJA DE COMISIÓN

POR ACUERDO DEL _____, DIRECTOR DEL D.I.F. MPAL. DEBERÁ TRASLADARSE:

A LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO CAMPECHE

DIA:

HORA

ATENTAMENTE:

CD. CARLOS PAULINO BERZUNZA MOGUEL,
 DIRECTOR DEL DIF MUNICIPAL CALKINÍ.

[Espacio para firma]

[Espacio para sello]

NOMBRE Y FIRMA

SELLO