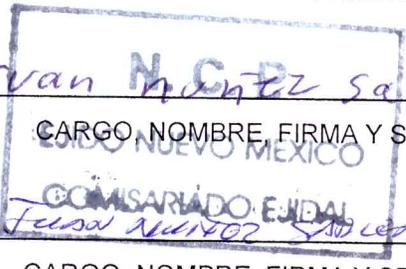
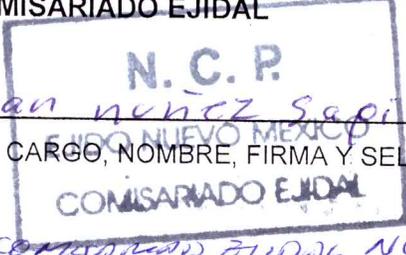


**PROCURADURIA FEDERAL DE PROTECCION AL AMBIENTE
CERTIFICADO DE TRANSITO**

CERTIFICADO DE TRANSITO No. _____					
LOCAL					
COMISION A: <u>DR. REINALDO MORALES</u>		DEL C. <u>MAXIMILIANO QUINTANILLA</u>			
<u>TLAHUALILLO, LIBRO DE GOMEZ PALACIO, DGO.</u>		<u>DMARO.</u>			
POR C. <u>DR. JOSE LEIS REYES MUÑOZ</u>		SUBDELEGADO Y ENCARGADO DE LA PROFEPA DE DESPACHO			
EN EL ESTADO DE DURANGO					
EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO.					
SALIDA			LLEGADA		
<u>17</u>	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>2020</u>	<u>18</u>	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>2020</u>
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
<u>C. DRA. MARIA SILVA FLORES</u>	<u>(ENCARGADA DE LA COORDINACION ADM.)</u>		<u>C. DRA. MARIA SILVA FLORES</u>	<u>(ENCARGADA DE LA COORDINACION ADM.)</u>	
NOMBRE	FIRMA	SELLO	NOMBRE	FIRMA	SELLO
FORAÑO					
<u>NORO. NUEVO MEXICO MUN. TLAHUALILLO, DGO A 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020.</u>					
<u>C. DR. JOSE LEIS REYES MUÑOZ</u> , CERTIFICAMOS QUE EL COMISIONADO,					
PERMANECIO EN ESTE LUGAR EN LAS FECHAS QUE SE CITAN, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS					
TRABAJOS ENCOMENDADOS POR UD., EN SU OFICIO DE COMISION No.					
<u>PPPA/163/OPCOM/OSI-20-000795</u> DE FECHA <u>15</u> DE <u>SEPTIEMBRE</u> DE 20 <u>20</u> .					
SALIDA			LLEGADA		
<u>19</u>	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>2020</u>	<u>17</u>	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>2020</u>
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
AUTORIDAD MUNICIPAL Y/O COMISARIADO EJIDAL					
					
<u>Juan NÚÑEZ SAPIEN</u>			<u>Juan NÚÑEZ SAPIEN</u>		
CARGO, NOMBRE, FIRMA Y SELLO			CARGO, NOMBRE, FIRMA Y SELLO		
<u>C. JOSE LEIS MUÑOZ</u>			<u>DR. JOSE LEIS MUÑOZ</u>		
CARGO, NOMBRE, FIRMA Y SELLO			CARGO, NOMBRE, FIRMA Y SELLO		
FORAÑO					
DELEGACION SEMARNAT EN: _____					
CERTIFICAMOS QUE EL COMISIONADO, PERMANECIO EN ESTE LUGAR EN LAS FECHAS QUE SE CITAN,					
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS POR UD., EN SU OFICIO DE COMISION					
No. PPPA/ _____ DE FECHA _____ DE _____ DE 20 _____.					
LLEGADA			SALIDA		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
SUBDELEGADO ADMINISTRATIVO					
<u>C. DRA. MARIA SILVA FLORES</u>			<u>C. DRA. MARIA SILVA FLORES</u>		
<u>(ENCARGADA DE LA COORDINACION ADM.)</u>			<u>(ENCARGADA DE LA COORDINACION ADM.)</u>		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO			NOMBRE, FIRMA Y SELLO		