

43/Jun



SEMARNAT

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE  
Y RECURSOS NATURALES

SUBDELEGACIÓN DE RECURSOS NATURALES

## Desglose Pormenorizado de Gastos

|                         |                                                   |
|-------------------------|---------------------------------------------------|
| AREA:                   | SUBDELEGACION DE INSPECCIÓN DE RECURSOS NATURALES |
| NOMBRE DEL COMISIONADO: | ING. JOSE ANGEL LUEVANOS RAYGOZA                  |
| LUGAR DE LA COMISIÓN:   | ÁREAS RURALES DEL MUNICIPIO DE SUCHIL, DGO.       |
| PERIODO DE LA COMISIÓN: | DEL 06 DE JUNIO AL 07 DE JUNIO 2015.              |

| CON DOCUMENTACIÓN |         | COMPROBATORIA  |       | SIN DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA |           |                        |            |
|-------------------|---------|----------------|-------|---------------------------------|-----------|------------------------|------------|
| PARTIDA           | IMPORTE | No. DE FACTURA | FECHA | PARTIDA                         | IMPORTE   | CONCEPTO               | FECHA      |
|                   |         |                |       | 37901                           | \$ 625.00 | ALIMENTOS Y HOSPEDAJES | 06/06/2015 |
|                   |         |                |       | 37901                           | \$ 312.50 | ALIMENTOS              | 07/06/2015 |
|                   |         |                |       |                                 |           | SUBTOTAL               | 937.50     |
|                   |         |                |       |                                 |           | TOTAL                  | \$ 937.50  |

ATENTAMENTE

*Jose Angel Luevanos Raygoza*  
C. ING. JOSE ANGEL LUEVANOS  
RAYGOZA  
INSPECTOR

AUTORIZACION

*[Signature]*  
C. L.R.I NORA MAYRA LOERA DE LA PAZ  
DELEGADA

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que los datos contenidos en este formato son los solicitados y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

43/Jun

PROCURADURIA FEDERAL DE PROTECCION AL AMBIENTE  
CERTIFICADO DE TRANSITO

| CERTIFICADO DE TRANSITO No. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |       |                                    |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|
| LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |                                    |       |       |
| COMISION A: <u>Areas Rurales Mpio. Suchil. Dgo.</u> DEL C. <u>José Angel Luévano Raygoza</u>                                                                                                                                                                                                                           |       |       |                                    |       |       |
| ORDENADA POR <u>LA C. L.R.I. Nora Mayra</u> DELEGADA <u>A</u> FEDERAL DE LA PROFEPA EN EL ESTADO DE <u>Coahuila de la Paz</u> DURANGO                                                                                                                                                                                  |       |       |                                    |       |       |
| <u>COORDINADOR</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |       | <u>ADMINISTRATIVO</u>              |       |       |
| SALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |       | LLEGADA                            |       |       |
| <u>06</u> <u>Junio</u> <u>2015</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |       | <u>07</u> <u>Junio</u> <u>2015</u> |       |       |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MES   | AÑO   | DIA                                | MES   | AÑO   |
| <u>C.P. Elena Salas Gonzalez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       | <u>C.P. Elena Salas Gonzalez</u>   |       |       |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FIRMA | SELLO | NOMBRE                             | FIRMA | SELLO |
| FORAÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |       |                                    |       |       |
| <u>Areas rurales Mpio. Suchil. Dgo.</u> A <u>06</u> DE <u>Junio</u> DE 20 <u>15</u> .                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |                                    |       |       |
| C. <u>L.R.I. Nora Mayra Coahuila de la Paz</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. PFFPA/ <u>16.3/OF/COM/122-2015</u> DE FECHA <u>06</u> DE <u>Junio</u> DE 20 <u>15</u> . |       |       |                                    |       |       |
| SALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |       | LLEGADA                            |       |       |
| <u>07</u> <u>Junio</u> <u>2015</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |       | <u>06</u> <u>Junio</u> <u>2015</u> |       |       |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MES   | AÑO   | DIA                                | MES   | AÑO   |
| AUTORIDAD MUNICIPAL Y/O COMISARIADO EJIDAL                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |       |                                    |       |       |
| <u>Genevieve Carbajal Ayala</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |       | <u>Genevieve Carbajal Ayala</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 LCS TRABAJOS ENCOMENDADOS POR UD., EN SU OFICIO DE COMISION No. PFFPA/ _____ DE FECHA _____ DE _____ DE 20____.                                                                                          |       |       |                                    |       |       |
| LLEGADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |       | SALIDA                             |       |       |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       | _____                              |       |       |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MES   | AÑO   | DIA                                | MES   | AÑO   |
| <u>SUBDELEGADO</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |       | <u>ADMINISTRATIVO</u>              |       |       |
| <u>C.P. Elena Salas Gonzalez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       | <u>C.P. Elena Salas Gonzalez</u>   |       |       |
| NOMBRE, FIRMA Y SELLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       | NOMBRE, FIRMA Y SELLO              |       |       |