

AVISO DE COMISION

01	04	22
----	----	----

C. DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA AFILIACION 14834401 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACIÓN: DIRECCION PUESTO DIRECTOR NIVEL 12-I ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 01 DIA(S), EL 04 DE ABRIL DEL 2022

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE DOCUMENTOS A COFEPRIS, DE OBSERVACIONES POR COFEPRIS	1,350.00

EN VEHICULO _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____ EL VEHICULO LO CONDUCIRA C _____
 CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____

I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$1,350.00 POR 1 DIA(S) . IMPORTE VIATICOS \$1,350.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

_____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORDER _____ RENDIMIENTO DEL VEHICULO _____ LITROS A CONSUMIR _____ COSTO _____

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$1,350.00 (SON: MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M N)
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1362DK03-37501

DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA.

DIRECTOR DE LA CLINICA

HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 24 HORAS.
 EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

DR RAMÓN RODRIGUEZ ESTRELLA.

FIRMA DE CONFORMIDAD

