

02 06 22

AVISO DE COMISION

C. DR. JUAN CARLOS ROBLES MENDIVIL AFILIACION 16265001 AREA DE ADSCRIPCION: SUBDIRECCION MEDICA
UBICACION. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO COORDINADOR MEDICO NIVEL 71
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
DURANTE 1 DIA, DEL 03 JUNIO AL 03 JUNIO DEL 2022

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO	1	CAPACITACION EN OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON HERMOSILLO	\$220.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCION _____
EL VEHICULO LO CONDUJERA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ, AUTOBUS _____
CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____ J.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$220.00
CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO ___ DIAS ___ IMPORTE VIATICOS

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

_____/_____/_____ = _____ X \$ _____ = \$ _____
KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASITAS:

No. DE CASITAS: ___ X COSTO UNITARIO \$ _____
No. DE CASITAS: ___ 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: \$220.00 (SON: DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)
CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

DR. SODI DUARTE CARLOS MIGUEL
SUBDIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 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


C. DR. JUAN CARLOS ROBLES MENDIVIL
FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: ARAJ