



AVISO DE COMISIÓN

09	06	22
----	----	----

C. ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA AREA DE ADSCRIPCIÓN: SUB.DIRECCION MEDICA

UBICACIÓN SUBDIRECCION MEDICA PUESTO SECRETARIA SUBDIRECCION MEDICA NIVEL 4I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO SONORA.

DURANTE 2 DIA(S), DEL 09 DE JUNIO AL 10 DE JUNIO DE 2022

MOTIVO DE LA COMISION: CAPACITACION EN OFICINAS CENTRALES VEHICULO _____

PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. _____

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 7000.00

Cuota diaria gastos de camincho \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220.00

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 \$ _____ 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: \$920.00 (SON: NOVECIENTOS VEINTE PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

Dr. Sodi Duarte Carlos Miguel
SUBDIRECTOR MEDICO



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

LTS. ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA

FIRMA DE CONFORMIDAD

