

**AVISO DE COMISION**

06	06	2022
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN  
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA  
 DURANTE 1 DIA, DEL 07 JUNIO AL 07 JUNIO DEL 2022

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
<b>HERMOSILLO SONORA</b>	<b>1</b>	<b>ENTREGA DE CORRESPONDENCIA OFICINAS ISSSTESON, RECIBOS DE PERSONAL</b>	<b>220.00</b>

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ\_ AUTOBUS \_\_\_\_\_

CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ 1.- 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 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: \$220.00 (SON: DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

*[Signature]*  
**DR. SODI DUARTE CARLOS MIGUEL**  
 SUB-DIRECTOR 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. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

ELABORO: *ARA*