

**AVISO DE COMISION**

02	06	22
----	----	----

C. DR. CARLOS MIGUEL SODI DUARTE AFILIACION 14568101 AREA DE ADSCRIPCION: SUBDIRECCION MEDICA  
 UBICACION. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO SUBDIRECTOR MEDICO NIVEL 7C  
 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	\$400.00

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

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

CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ .- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$400.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$400.00

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ IMPORTE VIATICOS \_\_\_\_\_

**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: \$400.00 (SON: MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA**  
 DIRECTOR 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. CARLOS MIGUEL SODI DUARTE

FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: ARAQ