ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA EL DIA 22 DE NOVIEMBRE DEL 2022

CHOFER: CHRISTIAN I. DUARTE VALLES

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER (SUPLENTE)

NIVEL: 2I

SE COMISIONA CHOFER PARA LLEVAR A LA DRA. GAMBOA AL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSION DE SANGRE EN LA CD DE HERMOSILLO.

SALIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 06:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A LAS 14:20 HRS .

ATENTAMENTE

CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Ing. Jorge Armando Martínez Cortez
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora A 24 de NOVIEMBRE del 2022

6:00 AM
14:20 PM

22	11	22

AVISO DE COMISIÓN

C. **DRA. SILVIA NAYHELI GAMBOA GARCIA** AFILIACION **12109601** AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL **GUAYMAS**

UBICACIÓN **HOSPITAL** PUESTO **MEDICO GENERAL** NIVEL **8 C**

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

DURANTE **1** DIAS, DEL **22** DE **NOVIEMBRE** AL **22** DE **NOVIEMBRE** DE **2022**

MOTIVO DE LA COMISION: **ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSION SANGUINEA A RECIBIR CAPACITACION**

VEHICULO **VAGONETA** PLACAS **VUX 188A** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **22 DE NOVIEMBRE2022**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **C. CHRISTINA IVAN DUARTE VALLES**

CON LICENCIA No.**L3000NC1076573** CON VENCIMIENTO **02/03/2023**

ANTICIPADOS ☐ DENEGADOS ■ COMPROBABLES ☐ NO COMPROBABLES ■

CUOTA DIARIA **$ 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 CASETAS:***

No. DE CASETAS: _____ 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 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)**

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA	L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA	DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
SUBDIRECTOR MEDICO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	DIRECTOR CLINICO

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **13 32 DK 03 37501**

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 Nayheli Gamboa G. **DRA. SILVIA NAYHELI GAMBOA GARCIA**

FIRMA DE CONFORMIDAD