

**ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA EL DIA 23  
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 08:00 HRS Y REGRESANDO  
APROXIMADAMENTE A LAS 15:40 HRS .**

**ATENTAMENTE**

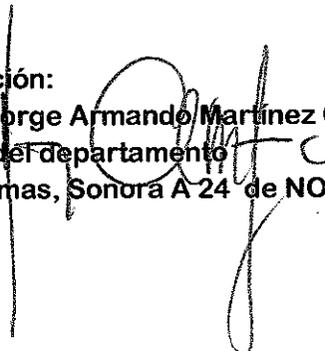


**CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS**

**Atención:**

**Ing. Jorge Armando Martínez Cortez  
Jefe del departamento**

**Guaymas, Sonora A 24 de NOVIEMBRE del 2022**





8:00 AM  
75:40

23	11	22
----	----	----

**AVISO DE COMISION**

C. DRA. SILVIA NAYHELI GAMBOA GARCIA AFILIACION 12109601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
 UBICACION HOSPITAL PUESTO MEDICO GENERAL NIVEL 8 C  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA  
 DURANTE 1 DIAS, DEL 23 DE NOVIEMBRE AL 23 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 RECEPCION 23 DE NOVIEMBRE 2022  
 EL VEHICULO LO CONDUCIARA: 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  
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR CLINICO

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

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

A T E N T A M E N T E

DRA. SILVIA NAYHELI GAMBOA GARCIA

FIRMA DE CONFORMIDAD