

**ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA EL DIA 24
DE NOVIEMBRE DEL 2022**

CHOFER: CHRISTIAN I. DUARTE VALLES

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER (SUPLENTE)

NIVEL: 2I

**SE COMISIONA CHOFER PARA LLEVAR MATERIAL DE DONACION AL COMITÉ
ESTATAL DE VOLUNTARIADO ISSSTESON EN LA CD DE HERMOSILLO.**

**SALIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 10:00 HRS Y REGRESANDO
APROXIMADAMENTE A LAS 16:10 HRS .**

ATENTAMENTE

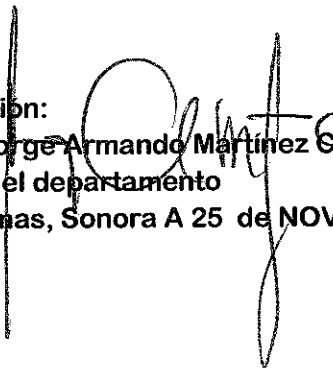


**CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS**

Atención:

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

Guaymas, Sonora A 25 de NOVIEMBRE del 2022





SE 121784
DUARTE

24	11	22
----	----	----

AVISO DE COMISIÓN

C. L.N. DULCE MARIA PALOMERA VERDUGO AFILIACION 12224701 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITAL PUESTO NUTRIOLOGA NIVEL 61

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 24 DE NOVIEMBRE AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2022

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA PARA ENTREGA DONACION DE ALIMENTOS Y ROPA PARA LOS MIGRANTES EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ 2702 DIA Y HORA DE RECEPCION 24 DE NOVIEMBRE 2022

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

CON LICENCIA No. L2600RC1035987

CON VENCIMIENTO 01/07/2023

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 CASSETAS:

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 (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 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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE L.N. DULCE MARIA PALOMERA VERDUGO

FIRMA DE CONFORMIDAD