



AVISO DE COMISIÓN

29	03	24
----	----	----

C. RAMON VON ONTIVEROS AFILIACION: 16630301 AREA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION REGIONAL DEL MAYO
 UBICACIÓN CORDINACIÓN REGIONAL DEL MAYO PUESTO CHOFER NIVEL 2I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: DE NAVOJOA A OBREGON
 DURANTE 1 DIA(S), DEL 29 DE MARZO AL 29 DE MARZO DE 2024
 MOTIVO DE LA COMISION TRASLADO DE PACIENTE A, CASTRO DUARTE GLORIA HILDA,
AFILIACION 11472201, VEHICULO 146 PLACAS VE59817 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN
 EL VEHICULO LO CONducIRA C. RAMON VON ONTIVEROS
 CON LICENCIA No. L4300RC1088781 CON VENCIMIENTO 09/08/2025

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$300 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300

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 CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$300 (SON:TRESCIENTOS PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 37502

DR. JUAN CARLOS GAÑEDO LEON.
 ENCARGADO DEL DESPACHO DE COORDINACION
 MEDICA REGIONAL DEL MAYO

C.P.VIRGINIA ERCILIA SILVA VALENZUELA
 COORDINADOR ADMINISTRATIVO

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.RAMON VON ONTIVEROS

