ISSSTESON

7	10	24

AVISO DE COMISIÓN |

C. SARA ELENA QUINTANA RUBIO AREA DE ADSCRIPCIÓN: **COORDINACION REGIONAL DEL MAYO**

UBICACIÓN **COORDINACION REGIONAL DEL MAYO** PUESTO **PARAMEDICO,** NIVEL **4I**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A**: NAVOJOA A OBREGON**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **7 DE OCTUBRE** AL **7 DE OCTUBRE** DE **2024**

MOTIVO DE LA COMISION**: TRASLADO DE PACIENTE COMO PARAMEDICO A, VADEZ ALCANTAR REINA ALICIA AFILIACION 3917308,** VEHICULO # **146** PLACAS **VE59817** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA EL **C. JOSE VIGUERIAS SOTO**

CON LICENCIA No. CON LICENCIA. **L4300RC1095317** CON VENCIMIENTO **7/02/2028**

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 00/100 M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL **37501**

DRA. ARCELIA EVELYN PEREA
ENCARGADO DE DESPACHO DE LA COORDINACION MEDICA REGIONAL DEL MAYO

C.P. MARIA MARGARITA ACOSTA AYALA
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

SARA ELENA QUINTANA RUBIO

FIRMA DE CONFORMIDAD