



AVISO DE COMISIÓN

30 01 24

C. REYES ESPINOZA VALENZUELA AFILIACION 12050001 AREA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION DE HUATABAMPO.

UBICACIÓN COORD. HUATABAMPO PUESTO CHOFER NIVEL 4I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. OBREGON, SONORA

DURANTE 1 DIA(S), DEL 30 DE ENERO AL 30 DE ENERO DE 2024

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE VEHICULO AMBULANCIA No. 64 PLACAS WDW-32-24

DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. REYES ESPINOZA VALENZUELA

CON LICENCIA No. [X] CON VENCIMIENTO [] [] []

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

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 : \$300.00 (SON: TRESCIENTOS PESOS. 00/100MVA)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 37502

DR. JUAN CARLOS CUMEDO LEON

COORDINADOR MEDICO

COORD. MEDICA REGIONAL DEL MAYO



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.

A T E N T A M E N T E

Reyes Espinoza V. REYES ESPINOZA VALENZUELA

FIRMA DE CONFORMIDAD