



AVISO DE COMISIÓN

09 02 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 09 DE FEBRERO AL 09 DE FEBRERO 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. 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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ 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 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 37502

DR. JUAN CARLOS CANEDO LEON
COORDINADOR MEDICO
COORD. MEDICA REGIONAL DEL MAYO

LAE. ESTHELA BARRERAS RIVERA
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
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 en mi nómina.

A T E N T A M E N T E *Reyes Espinoza V.*
REYES ESPINOZA VALENZUELA

FIRMA DE CONFORMIDAD