



03 09 24

AVISO DE COMISIÓN

C. **DRA. ADALUZ VILLEGAS MARTINEZ** NO. DE CONTROL **2138** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SUB. DE SERVICIOS MÉDICOS**
UBICACIÓN **SUBDIRECCIÓN MÉDICA** PUESTO **SUBDIRECTORA DE SERVICIOS MÉDICOS** NIVEL **13I**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: **NOGALES, SONORA.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **04** DE **SEPTIEMBRE** AL **04** DE **SEPTIEMBRE** DE **2024**

MOTIVO DE LA COMISION: **ASISTIR A EVALUAR EL AREA DE CIRUGIA EN CLINICA HOSPITAL NOGALES.**

VEHICULO _____ PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. _____

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS _____ DEVENGADOS _____ COMPROBABLES _____ NO COMPROBABLES _____

CUOTA DIARIA DE VIATICOS \$ **00.00** DIAS **1**

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \$ **500.00** DIAS **1**

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORDER _____ RENDIMIENTO DEL VEHICULO _____ LITROS A CONSUMIR _____ COSTO _____

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ 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: **\$500.00 (SON: QUINIENTOS PESOS 00/100M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131060101 37502**

Adaluz Villegas Martinez
Dra Adaluz Villegas Martinez
Subdirectora de Servicios Médicos



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 **Dra. Adaluz Villegas Martinez**

FIRMA DE CONFORMIDAD