ISSSTESON

AVISO DE COMISIÓN

28	08	24

C. **Q.B. CLAUDIA CORONEL VERDUGO** AFILIACION 8171 AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SUB. DE SERVICIOS MÉDICOS**

UBICACIÓN **FARMACOVIGILANCIA** PUESTO **JEFE DEL DPTO** NIVEL **9I**

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

DURANTE **2** DIA(S), DEL **29** DE **AGOSTO** AL **30** DE **AGOSTO** DE **2024**

MOTIVO DE LA COMISION**: ASISTIR A REUNION COMANDO ESTATAL INTERINSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD**

VEHICULO ____ PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C._____

CON LICENCIA No. CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS ☐ DEVENGADOS ☐ COMPROBABLES ☐ NO COMPROBABLES ☒

CUOTA DIARIA **$ 700.00** DIAS **1** IMPORTE VIATICOS **$ 700.00**

Cuota diária gastos de camino **$ 400.00** 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 _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL $

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____.

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: $ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **$1,100.00 (SON: MIL CIEN PESOS 00/100M N)**

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

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 **Q.B. CLAUDIA CORONEL VERDUGO**

FIRMA DE CONFORMIDAD

CCV 29+30