



AVISO DE COMISIÓN

03 09 24

C. DANIEL IGNACIO MORENO FIERROS NO. DE CONTROL 996 AREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ

UBICACIÓN CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ PUESTO COORDINADOR TÉCNICO NIVEL 7A

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

DURANTE 2 DIA(S), DEL 05 DE SEPTIEMBRE AL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024

MOTIVO DE LA COMISION: SUPERVISION DE EQUIPO MEDICO EN CLINICA 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 \$700.00 DIAS 0

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \$300.00 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 \$ 300

PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$1,000.00 (SON: MIL PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061102 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 Daniel Ignacio Moreno Fierros

FIRMA DE CONFORMIDAD

