



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

H. Nogales, Sonora a 23 de Marzo del 2021
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

Presente:

Por medio del presente informo a usted que fui comisionado a: ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON.

LUGAR: HERMOSILLO SONORA.

DIA: MIERCOLES, 24 DE MARZO DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 Y CORRESPONDENCIA

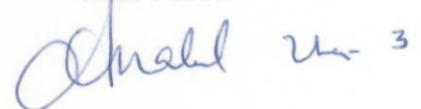
Sin otro particular por el momento, quedo a sus apreciables órdenes para cualquier duda y/o aclaración al respecto.

ATENTAMENTE:



SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ
CHOFER



 3

C.c.p. Archivo Minutario

BLVD. LOS ALAMOS # 520, COL. PUEBLO NUEVO, C.P. 84080, RUMBO VIEJO CAMINO A CANANEA, NOGALES,
SONORA TELÉFONO(S): (631)152-00-50, DIRECTO (631) 152-00-51 EXT. 88910

AVISO DE COMISION

23	03	2021
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN
 UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 24 MARZO AL 24 MARZO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE MUESTRAS Y CORRESPONDENCIA	700.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____
 EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ_ AUTOBUS _____
 CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____ **.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00
 CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINO ___ DIAS ___ IMPORTE VIATICOS

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 \$ _____
 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: \$700.00 (SON: SETESCIENTOS PESOS 00/100 M N)
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503



Servicios de Salud de Sonora
 Laboratorio Estatal de
 Salud Pública

Amabel 2023

DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA
 DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG

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

Sergio Alberto Ibarra Minjarez
 C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ
 FÍRMA DE CONFORMIDAD

ELABORO: *ARAQ*