

06 01 21

### AVISO DE COMISION

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCION  
UBICACION: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I  
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
DURANTE 1 DIA, DEL 06 ENERO AL 06 ENERO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y CORRESPONDENCIA.	700.00

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCION \_\_\_\_\_  
EL VEHICULO LO CONDUCCIRA 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 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 \$ \_\_\_\_\_  
No. DE CASSETAS: \_\_\_ 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: SETESCINETOS PESOS 00/100 M.N)  
CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503



Servicios de Salud de Sonora  
Laboratorio Estatal de  
Salud Pública

*Handwritten signature*  
Un 3

*Handwritten signature*  
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.

A T E N T A M E N T E

*Handwritten signature*  
C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: *ARA*



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

Nogales, Sonora a 06 de Enero 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 CORRESPONDENCIA.

**LUGAR:** HERMOSILLO SONORA.

**DIA:** MIERCOLES, 06 DE ENERO DEL 2021.

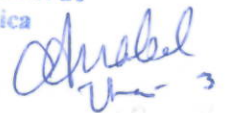
**MOTIVO DE LA COMISION:** ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 Y CORRESPONDENCIA.

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**





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

06- Enero

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

H. NOGALES, SONORA 14 DE ENERO DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado por necesidad del servicio para la **ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 Y CORRESPONDENCIA EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA. EL DIA MIERCOLES 06 DE ENERO DEL 2021**; En la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

  
**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**



**14 DE ENERO DEL 2021**