## AVISO DE COMISION

12	01	21
	_	

C. <u>SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ</u> AFILIACION <u>13806101</u> AREA DE ADSCRIPCION: <u>DIRECCIÓN</u>
UBICACIÓN. <u>CLINICA HOSPITAL NOGALES</u> PUESTO <u>CHOFER</u> NIVEL 3I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A<u>: HERMOSILLO, SONORA</u>.
DURANTE <u>1</u> DIA, DEL <u>13 ENERO</u> AL <u>13 ENERO</u> DEL <u>2021</u>

ENTREGA DE MUESTRAS DE COUPT-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL  700.00  EN VEHICULO DIA Y HORA DE RECEPCIÓN  EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ, AUTOBUS  CON LICENCIA  NO CON VENCIMIENTO J. SOLICITUD DE VIATICOS:  ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES X  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  III. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE CASETAS:  X. COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$ IMPORTE	LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA	
EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ_AUTOBUS  CON LICENCIA NO CON VENCIMIENTO J SOLICITUD DE VIATICOS:  ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES X  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1_IMPORTE VIATICOS \$700.00  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1_IMPORTE VIATICOS \$700.00  CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO DIAS IMPORTE VIATICOS IMPORTE VIATICOS  II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO  B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ MPORTE TOTAL \$  C. PASAJES:  TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$  AREAS: ITINERARIO FECHA REGRESO SERVICIOS PESOS 00/100 M N)  CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503  DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG  AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFOSMÉ DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.  EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO  MENCIONADO.  ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÜE EL DESCUENTO  CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  A TEN TA MEN TE  C. SERGIO ALBERTO BARBA MINJAREZ  FIRMA DE CONFORMIDAD.  AUTORIZADO DE MADER A MINJAREZ  FIRMA DE CONFORMIDAD.  C			DE SALUD PUBLICA Y CORRESPONDENCIA.	700.00	
CON LICENCIA  NO CON VENCIMIENTO  J. SOLICITUD DE VIATICOS:  ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES  X  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  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 GASTOLINA:  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  SOLICITUD DE CASETAS: CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503  DI. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG  ALTERNINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFOSMEDE 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 EFECTÜE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  A TE N T A M E N T E  C. SERGIO AUBERTO (BABRA MINLIAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD MUSTARE)	EN VEHICULODIA	YHORA	DE RECEPCIÓN		
ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES X  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS IMPORTE VIATICOS  IISOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASOLINA:	EL VEHICULO LO CON	DUCIRA			
CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINODIASIMPORTE VIATICOS  II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO  B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. DE CASETAS:X COSTO UNITARIO \$	CON LICENCIA		NO CON VENCIMIENTO _I SOLICITUD DE VIATICO	OS:	
CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINODIASIMPORTE VIATICOS  II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO  B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. DE CASETAS:X COSTO UNITARIO \$					
CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINODIASIMPORTE VIATICOS  II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASOLINA:	ANTICIPADOS	DENE	GADOS COMPROBABLES NO COMPROB	ABLES X	
CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINODIASIMPORTE VIATICOS  II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASOLINA:	CUOTA DIARIA \$700	0.00 DIA	AS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00		
II. SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:  A. SOLICITUD DE GASOLINA:					
A. SOLICITUD DE GASOLINA:	COOTA DIAMA GASTO	DE CAN			
A. SOLICITUD DE GASOLINA:	II COLICITID DE CAC	COC A CC	MADDORAD:		
KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO  B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. DE CAS					
KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO  B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)  CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503  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 EFECTÜE EL DESCUENTO  CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  A TENTA MENTE  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  FIRMA DE CONFORMIDAD					
B. SOLICITUD DE CASETAS:  NO. DE CASETAS					
NO. DE CASETAS:X COSTO UNITARIO \$			ENDIMIENTO DEL VENICOLO EN CON CONSCIENCE		
C. PASAJES:  TERRESTRES: HERMOSILLO			INITARIO \$	150	
C. PASAJES:  TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$  AREAS: ITINERARIO FECHA REGRESO Servicios de Satud de Son 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: 13060K0137503  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 EFECTÜE EL DESCUENTO  CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  AT ENTA MENTE  C. SERGIO ALBERTO IDARRA MINJAREZ  FIRMA DE CONFORMIDAD.				SIDS WHENDS HAS	
TERRESTRES: HERMOSILLO	NO. DE CASETAS A	.00510	UNITARIO DE L'OTAL DE L'OT	5.50	
TERRESTRES: HERMOSILLO	C PASA IFS				
AREAS: ITINERARIO		SILLO	HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$	1 Contract	
FECHA DE SALIDAFECHA REGRESO Servicios de Salud de Son Laboratorio Estatal de 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: 13060K0137503  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 TENTA MENTE  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD.				Called Services	
IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$	FECHA DE SALIDA		FECHA REGRESO Service	ios de Salud de Sone	
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)  CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13060K0137503  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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD					
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD	IMPORTE TOTAL GAS	TOSAC	OMPROBAR: \$	Salud Pública	
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD	RECIBI LA CANTIDAD	TOTAL D	E: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)	1 10	
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD				Moses	
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD					
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD					
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  C. SERGIO ALBERTO BARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD					
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  C. SERGIO ALBERTO BARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD		,		72 HODAC	
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  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD					
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  C. SERGIO ALBERTO BARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD	Fig. 1. Sept. Market Market Control of the Control	BIDO REC	JRSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISM	IA DENTRO DEL FLAZO	
CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  A T E N T A M E N T E  C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD		IDAD COL	ITDAÍDA EN CACO DE INCUMPLIMIENTO: AUTORIZANDO SE ME ESECTÍSE EL DES	CLIENTO	
C. SERGIO ALBERTO BARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD				BCOLIVIO	
C. SERGIO ALBERTO BARRA MINJAREZ FIRMA DE CONFORMIDAD		ANTE NO	nina.		
FIRMA DE CONFORMIDAD	ALLMIAMENIE	~			
FIRMA DE CONFORMIDAD	C. SERGIO ALBERTO	IBARRA	MINJAREZ		
CLINICA NOSPITAL		DAD			
ELABORO. WAN		CLIMENT		ELABORO: ARA;	
ILCIDIO!	I I E C	7 A God	TO		



Nogales, Sonora a 12 de Enero del 2021 Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

> Servicios de Salud de Senora Laboratorio Estatal de

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, 13 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

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

H. NOGALES, SONORA 14 DE ENERO DEL 2020

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 13 DE ENERO DEL 2021; En la ciudad de Hermosillo, Sonora.

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

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

CHOFER

14 DE ENERO DEL 2020