



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

Comprobación de Gastos



Número: 9289

Divisa: 01


Fecha: 04/06/2021

Deúdor: (001525) SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

Dirección: LOC EL DATIL POSTE, # 4

Lugar: NAVOJOA, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	% I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS 2020 EN ADELANTE		SOL. 79681-	0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p>  <p>DANITZA FIMBRES ARVIZU</p>	<p>Autorizó</p>  <p>Dr. Adolfo Villalobos Martínez COORDINACION DE ATENCION MEDICA</p>	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	220.00
		RESTA	220.00

RGP2881942 SSA551/09 CLAVE G-13C



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

Navojoa, Sonora, a Jueves 15 de Abril del 2021

INFORME DE COMISIÓN

Por medio de la presente informo a usted que el día 15 de Abril del 2021 del presente año traslade al paciente: Rosario Leyva Cantrean. Como Paramédico monitorizando signos vitales y asistiendo sus necesidades para estabilizar al paciente, con No. Af: 1700608 al Hospital Adolfo López Mateos de Cd. Obregon, Sonora; saliendo de Navojoa a las 20:55 hrs. y regresando a las 08:05 hrs. aproximadamente sin ningún contratempo.

Susana del Carmen Castro Meza

SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA
PARAMÉDICO DE AMBULANCIA
CIAS NAVOJOA ISSSTESON
SNTE SIGLO XXI.NAV. SON.



Christian Armando Márquez González
DR. CHRISTIAN ARMANDO MÁRQUEZ
GONZALEZ
COORDINADOR MÉDICO DEL MAYO



9287
77171

SOLICITUD VIÁTICOS:

79681

FECHA: 15 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

R.F.C. CAMS911113SF1

TEL:

PERIODO: 15/04/2021 A 15/04/2021

DEPENDENCIA COORDINACIÓN MÉDICA REGIONAL DEL MAYO

VIÁTICO: NIVEL 21

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

TRASLADO COMO PARAMEDICO MONITOREANDO LOS SIGNOS VITALES Y ESTABILIZANDO A LA PACIENTE ROSARIO LEYVA CONTRERAS CON No. DE AFILIACIÓN 1700608 DE NAVOJOA A CD. OBREGON DEL DIA 15 DE ABRIL 2021 TRASLADO COMO PARAMEDICO MONITOREANDO LOS SIGNOS VITALES Y ESTABILIZANDO A LA PACIENTE ROSARIO LEYVA CONTRERAS CON No. DE AFILIACION 1700608 DE NAVOJOA A CD. OBREGON DEL DIA 15 DE ABRIL 2021

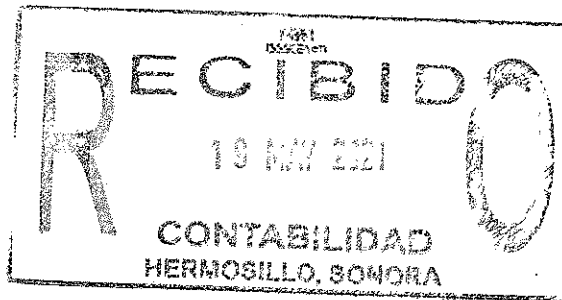
SUBTOTAL	\$220.00
16% IVA	\$0.00
TOTAL	\$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

Susana del Carmen Castro Meza
SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA
SOLICITÓ

Christian Armando Marquez Gonzalez
CHRISTIAN ARMANDO MARQUEZ GONZALEZ
VALIDÓ

Christian Marquez
AUTORIZÓ
Christian Marquez





AVISO DE COMISION

15 04 21

C. SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA AFILIACION 16774001 AREA DE ADSCRIPCION: COORDINACION REGIONAL DEL MAYO

UBICACION COORDINACION REGIONAL DEL MAYO PUESTO PARAMEDICO NIVEL 3I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: DE NAVOJOA A CD. OBREGON, AL HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ

DURANTE 1 DIA(S), DEL 15 DE ABRIL AL 15 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE COMO PARAMEDICO A LEYVA CONTRERAS ROSARIO

AF. 1700608, VEHICULO 146 PLACAS VE59817 DIA Y HORA DE RECEPCION

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. JESUS MANUEL CINCO COTA

CON LICENCIA No. L4310RC1030628 CON VENCIMIENTO 26/10/22

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA 220 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220

Cuota diaria 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 \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

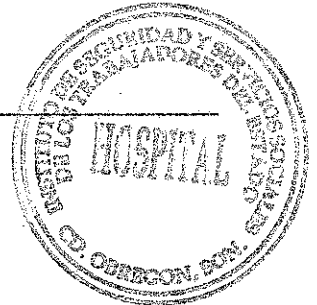
IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$220 (SON: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL 37501

DR. CHRISTIAN ARMANDO MARQUEZ GONZALEZ
COORDINADOR MEDICO DEL MAYO

CP. MARGARITA ACOSTA AYALA
COORDINADOR ADMINISTRATIVO



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.

Susana del Carmen Castro Meza
ATENTAMENTE

SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

FIRMA DE CONFORMIDAD