



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

Comprobación de Gastos



Número: 9290

Divisa: 01

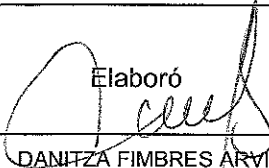
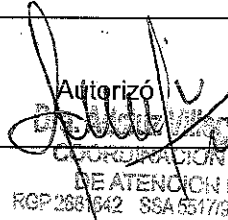
Fecha: 04/06/2021

Deudor: (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 79682--		0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p>  <p>DANITZA FIMBRES ARVIZU</p>	<p>Autorizó</p>  <p>Dr. Jorge Wilfredo Martínez COORDINADOR DE ATENCIÓN MÉDICA RGP 2881642 SSA 6517/99 CLAVE G-13</p>	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	220.00
		RESTA	220.00

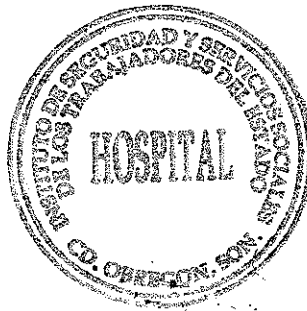


INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

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 presente año traslade al paciente: Martina Osuna Lizasoain.
Como Paramédico monitorizando signos vitales y asistiendo sus necesidades para estabilizar al
paciente, con No. Af: 1741408 al Hospital Navojoa San
de Cd. _____, Sonora; saliendo de Obregon a las 17:50 hrs. y
regresando a las 20:40 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.

DR. Christian Armando Márquez González

DR. CHRISTIAN ARMANDO MÁRQUEZ
GONZALEZ
COORDINADOR MÉDICO DEL MAYO



9250

77172

SOLICITUD VIÁTICOS:

79682

FECHA: 15 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

DEPENDENCIA: COORDINACIÓN MÉDICA REGIONAL DEL MAYO

R.F.C. CAMS911113SF1

VIÁTICO: NIVEL 2I

TEL:

NO. DÍAS: 1

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

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 MARTINA OSUNA LIZARRAGA CON No. DE AFILIACION 1741408 DE NAVOJOA A CD. OBREGON DEL DIA 15 DE ABRIL 2021 TRASLADO COMO PARAMEDICO MONITOREANDO LOS SIGNOS VITALES Y ESTABILIZANDO A LA PACIENTE MARTINA OSUNA LIZARRAGA CON No. DE AFILIACION 1741408 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

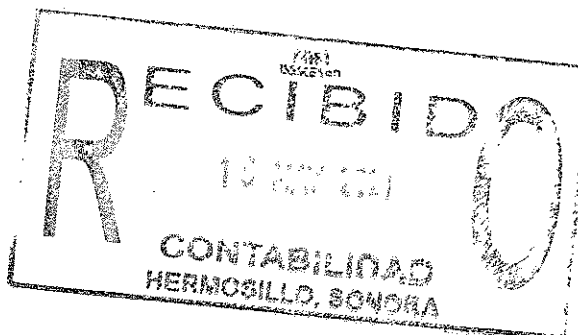
Christian Armando Marquez Gonzalez
 CHRISTIAN ARMANDO MARQUEZ
 GONZALEZ

VALIDÓ

Christian Marquez

AUTORIZÓ

Christian Marquez





AVISO DE COMISIÓN

15	04	21
----	----	----

C. SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA AFILIACION 16774001 AREA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION

REGIONAL DEL MAYO

UBICACIÓN COORDINACION REGIONAL DEL MAYO PUESTO PARAMEDICO NIVEL 3I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: DE CD. OBREGON A NAVOJOA

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 OSUNA LIZARRAGA MARTINA

AF.1741408, VEHICULO 146 PLACAS VE59817 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONducIRA 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 _____

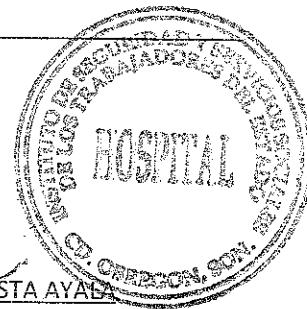
IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

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