



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

**Comprobación de Gastos**



Número: 9288

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. 79675-	0.00	0.00	220.00

 Elaboró DANITZA FIMBRES ARVIZU	 Autorizó COORDINACION DE ATENCION MEDICA RCP 031642 SON 05/17/89 CLAVE G-1020	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: María de los Angeles Borbón Oliva Como  
Paramédico monitorizando signos vitales y asistiendo sus necesidades para estabilizar al  
paciente, con No. Af: 4435008 al Hospital Adolfo López Mateos  
de Cd. Obregón \_\_\_\_\_, Sonora; saliendo de Navojoa a las 15:25 hrs. y  
regresando a las 17:40 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**  
**GONZALEZ**  
COORDINADOR MÉDICO DEL MAYO



9288  
77170

SOLICITUD VIÁTICOS:

79675

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 2I

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 MARIA DE LOS ANGELES BORBON OLIVAS CON No. DE AFILIACION 4435008 DE NAVOJOA A CD. OBREGON DEL DIA 15 DE ABRIL 2021

SUBTOTAL	\$220.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$220.00</b>

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

*Susana del Carmen Castro Meza*

SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

SOLICITÓ

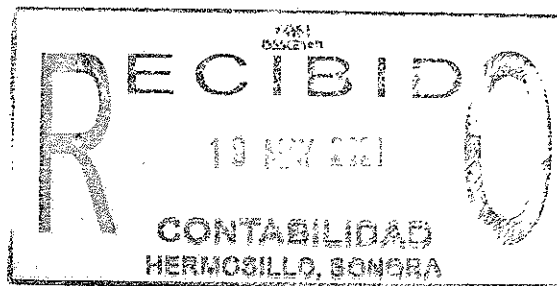
*Christian Armando Marquez Gonzalez*

CHRISTIAN ARMANDO MARQUEZ GONZALEZ

VALIDÓ

*Christian Marquez*

AUTORIZÓ





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 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 MARIA DE LOS ANGELES BORBON OLIVAS, AF. 4435008, VEHICULO 146 PLACAS VE59817 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCE 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 RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: \_\_\_\_\_ 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



*Margarita Acosta Ayala*  
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