



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

Comprobación de Gastos



Número: 9286

Divisa: 01

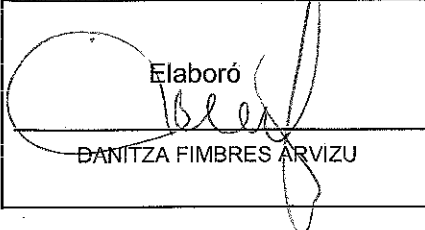
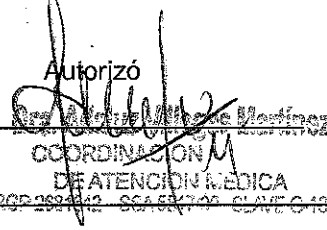
Fecha: 04/06/2021

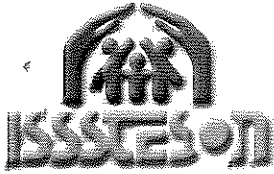
Deudor: (001525) SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

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. 79649-	0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p>  <p>DANITZA FIMBRES ARVIZU</p>	<p>Autorizó</p>  <p>Dr. Alberto Ulloa de Martínez COORDINADOR DE ATENCIÓN MÉDICA RCP 2894842 - SCA 53720 - CLAVE C-163</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

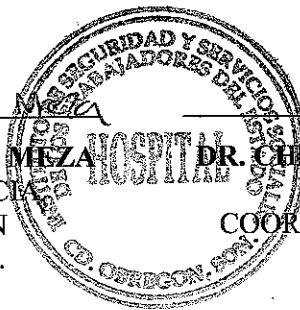
Navojoa, Sonora, a Viernes 09 Abril 2021

INFORME DE COMISIÓN

Por medio de la presente informo a usted que el día 09 de Abril
del presente año traslade al paciente: Martha Beatriz Mendoza Verdugo Como
Paramédico monitorizando signos vitales y asistiendo sus necesidades para estabilizar al
paciente, con No. Af: 7181461 al Hospital Adolfo López Matcos
de Cd. Obregón Sonora, Sonora; saliendo de Navojoa a las 19:35 hrs. y
regresando a las 22:00 hrs. aproximadamente sin ningún contratempo.

Susana del Carmen Castro Meza

SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA
PARAMÉDICO DE AMBULANCIAS
CIAS NAVOJOA ISSSTESON
SNTÉ SIGLO XXI.NAV. SON.



DR. CHRISTIAN ARMANDO MÁRQUEZ GONZALEZ
COORDINADOR MÉDICO DEL MAYO



9286
77168

SOLICITUD VIÁTICOS:

79649

FECHA: 09 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

R.F.C. CAMS911113SF1

TEL:

PERIODO: 09/04/2021 A 09/04/2021

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

OBSERVACIÓN:

TRASLADO COMO PARAMEDICO MONITOREANDO LOS SIGNOS VITALES Y ESTABILIZANDO A LA PACIENTE MARTHA BEATRIZ MENDOZA VERDUGO CON No. DE AFILIACION 7181461 DE NAVOJOA A CD. OBREGON DEL DIA 09 DE ABRIL 2021

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

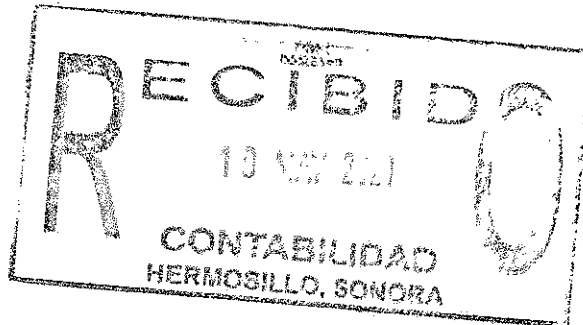
Susana del Carmen Castro Meza
SUSANA DEL CARMEN CASTRO MEZA

SOLICITÓ

Christian Armando Marquez Gonzalez
CHRISTIAN ARMANDO MARQUEZ GONZALEZ

VALIDÓ

Christian
AUTORIZO
Christian





AVISO DE COMISIÓN

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 09 DE ABRIL AL 09 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE COMO PARAMEDICO A MARTHA BEATRIZ MENDOZA VERGUGO,

AF. 7181461, VEHICULO 146 PLACAS VE59817 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUJERA 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 CASETAS:**

No. DE CASETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. **PASAJES:**

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

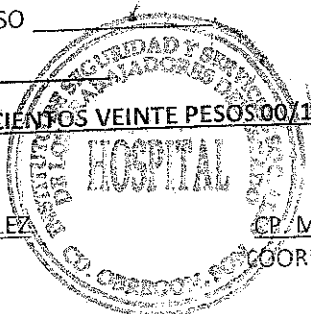
FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

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