



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

81362

FECHA: 24 DE MAYO DEL 2021

DEUDOR: MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 24/05/2021 A 24/05/2021

DEPENDENCIA: HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL BASE VIÁTICOS EST

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$700.00	\$700.00

OBSERVACIÓN:

37501 TRANSPORTACION DE EQUIPO MEDICO DEL AREA DE OFTALMOLOGIA A OFICINAS CENTRALES EN HERMOSILLO, SON EL DIA 24 DE MAYO DEL 2021

SUBTOTAL \$700.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$700.00

TOTAL LETRA: SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.

MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

SOLICITÓ

DR. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"
ISSSTE SON

VALIDÓ

LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"
ISSSTE SON

AUTORIZÓ

2021 MAY 24 11:00 AM
ISSSTE SON





24 05 21

AVISO DE COMISIÓN

C. **VICENTE MELENDRÉZ GUTIERREZ** AFILIACIÓN AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**

UBICACIÓN **HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS** PUESTO **CHOFER** NIVEL **2I**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: **HERMOSILLO, SONORA.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **24** DE **MAYO** AL **24** DE **MAYO** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **TRASLADO DE EQUIPO MEDICO DE OFTALMOLOGIA A OFICINAS CENTRALES EN HERMOSILLO, SON.**

VEHICULO **AMBULANCIA 142** PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUJERA C. **VICENTE MELENDRÉZ GUTIERREZ**

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA: .00 DIAS **1** IMPORTE VIATICOS \$ **700.00**

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: _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____.

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ **700.00**

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **\$700.00 (SON: SETECIENTOS PESOS 00/100 M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131061103 37501**

Arg. Jesús Rodolfo Aguilar Rivera
Jefe Depto. Servicios Generales

Lic. Carmen Aida Lacy Valenzuela
Subdirector 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.

ATENTAMENTE

VICENTE MELENDRÉZ GUTIERREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

“2021: AÑO DE LA TRABAJADORA Y DEL TRABAJADOR DE LA SALUD”

Cd. Obregón, Sonora a 24 de Mayo del 2021

COMISION DE TRASLADO SERVICIOS GENERALES 2242021

**C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ
CHOFER
P R E S E N T E.-**

Por medio de este conducto, me permito informarle que se le comisiona, para traslado a OFINAS CENTRALES EN HERMOSILLO, SONORA, para realizar transporte de equipo medico del área de oftalmologia, el día 24 de Mayo del presente año, a realizarse en la unidad de transporte oficial Ambulancia 142.

Así mismo, solicito a usted se sirva a presentar a su regreso, un informe detallado de su comisión a más tardar dos días después del término de su comisión.

Muchas gracias por su colaboración.

A T E N T A M E N T E

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by a smaller signature, is written over the typed name of the sender.

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS.**

C.C.P. SERVICIOS GENERALES/JGNE*

FORMATO DE BIENES EN TRANSITO
 PARA SERVICIO, REPARACION
 Y PRESTAMO

NO. 1111
 11/11/11

Sr. Amalia Burgos Navarro Coord. Hospital 3-11
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DEPARTAMENTO DEL BIEN ADSCRITO
 Sr. Amalia Burgos N. Lic. Patricia Herrera
 FIRMA RECIBIO
Agencia de Enfermería Obregón
 ALTAMENTE RESPONSABLE

DESCRIPCION	MARCA	SERIE	MODELO
Aspirador Portatil de Servicios	S/M	123719	11
Aspirador Portatil de Servicios	S/M	123720	11

OBSERVACIONES
 en transito por necesidad de servicio

CONTROL DE BIENES DE ISSSTESON

Recibi formato original
 de la UdeH Hospital
 24/may/11

FORMATO DE BIENES EN TRANSITO
 PARA SERVICIO, REPARACION
 Y PRESTAMO

NO. []
 []

Dr. Carmen Amalia Burgos Navarro Coord. Hospital 24/05/21
 RESPONSABLE DEL RECIPIENTE DEPARTAMENTO DEL BIEN ADSCRITO

Dr. Carmen A. Burgos N. Dr. José Carlos []
 RECIBIO FIRMA RECIBIO

Oftalmología Obregón
 DEPARTAMENTO DESTINO

DESCRIPCION	MARCA	SERIE	MODELO
Espectaculo de Armonización Oftalm.	Barton	2/5	111

OBSERVACIONES
 No transfiere por necesidad de servicio.

CONTROL DE BIENES DE ISSSTESON

Recibi
 formato original
 de la Ude del []
 Coord Hospital en
 24/May/21

24 DE MAYO DEL 2021.

SE RECIBIO POR DEVOLUCION EQUIPO MEDICO OFTALMOLOGICO

POR PARTE DEL HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

EL CUAL SE ENCUENTRA EN RESGUARDO DE ESTA COORDINACION DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Código	descripción	marca	serie
53124700100004	lensometro	Burton	9013
53122800100002	autorefractor	gran seiko	Y090177
s/n	proyector	topcon	sin serie

RECIBIDO

C.P. HERLINDA MA. DEL-BOSQUE CORELLA

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

COORDINACION DE HOSPITALES

ENTREGADO

C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ

CHOFER DE HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

FORMATO DE BIENES EN TRANSITO
 PARA SERVICIO, REPARACION
 Y PRESTAMO

FORMA	NO
14	2111

Dona Carmen Amelia Burgos Navarro Coord. Hospitales	
ENCARGADO DEL RESPONSABLE	DEPARTAMENTO DEL BIEN ADSCRITO
Dona Carmen Burgos N.	Lic. Patricia Herrera Sandoval
FIRMA	RECIBIO
Impulsora de Supermerceria Obregon	
DEPARTAMENTO ORSINO	

DESCRIPCION	MARCA	SERIE	MODELO
20255 Repirador Portatil de Succión	S/M	123719	S/M
20256 Repirador Portatil de Succión	S/M	123720	S/M

OBSERVACIONES
 a. transfiere por necesidad de servicio

CONTROL DE BIENES DE ISSSTESON

Recibi formato original
 de la Ude de Hospitales
 24/may/21

CD. OBREGÓN, SONORA. A 31 DE MAYO DEL 2021

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

Asunto: informe de checada de regreso por comisión

Por medio de la presente, informo a usted, que llegue de regreso a ésta unidad hospitalaria I.S.S.T.E.SON., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 24 de Mayo , de equipo medico de oftalmología a OFICINAS CENTRALES de la Cd. de HERMOSILLO, SONORA. El cual fue entregado para resguardo . Partiendo a las 10:30 y llegando a las 17:42 hrs. del mismo día.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ

CHOFER



VO.BO.

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES**