



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151811

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

R.F.C. MACM521213F61

TEL:

PERIODO: 19/10/2023 A 18/10/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO:

NO. DÍAS: 0

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA PARA ACUDIR A CAPACITACION EN OBREGON SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

*Martin Enrique Marquez Cordova*

MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

SOLICITÓ



ECB Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

*Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano*  
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
AUTORIZÓ

RECIBIDO  
19 OCT. 2023  
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA.

5 E-131811



13 OCT 23

**AVISO DE COMISIÓN**

c. Dr. Martín E. Márquez C. AFILIACION 1277801 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACIÓN Red. preventiva PUESTO Epidemiólogo NIVEL 4-I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Obregon, Sonora  
DURANTE 1 DIAS, DEL 13 DE octubre AL 13 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: acudir a reunion en auditorio del Hospital General ISS- Bienestar para recibir capacitacion

VEHICULO Nissan Duv PLACAS vez 2706 DIA Y HORA DE RECEPCION 13 OCT-23 -

EL VEHICULO LO CONducIRA: Christian y Arel CON LICENCIA No. L300020 (11264) CON VENCIMIENTO 12/12/2024

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ x \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

**B. SOLICITUD DE CASITAS:**

No. DE CASITAS: \_\_\_\_\_ x COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_ IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_

**C. PASAJES:**

TERRESTRES: HERMOSILLO \_\_\_\_\_ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_

AREAS: ITINERARIO \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ \_\_\_\_\_

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N)



ENSEÑANZA  
**HOSPITAL GENERAL**  
CD. OBREGÓN, SONORA

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA  
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE RENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR CLINICO

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **13 32 DK 03 37502**

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

[Handwritten Signature]

FIRMA DE CONFORMIDAD