



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151831

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: KURI OBREGON SERGIO NOE

R.F.C.

TEL:

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

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE ALVAREZ HERNANDEZ BERTHA OFELIA DE AF 1807208, AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 18 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

KURI OBREGON SERGIO NOE

SOLICITÓ

ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

RECIBIDO
19 OCT. 2023
SECRETARÍA DE ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



SE 151831

AVISO DE COMISION

17 Oct. 23

C. Sergio Noé Kosi AFILIACION 12110601 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION: HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7B

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado

DURANTE 1 DIAS, DEL 17 DE Octubre AL 17 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado para estudio de paciente

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA Eduardo Gonzalez

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

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 RECORER _____ RENDIMIENTO DEL VEHICULO _____ LITROS A CONSUMIR _____ COSTO _____

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

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

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300.00

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

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGSJ. Maritza Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA DEL SERVICIO DE GUAYMAS

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE Sergio Noé Kosi
FIRMA DE CONFORMIDAD