



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

152202

FECHA: 22 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

R.F.C. DAMJ750909824

TEL:

PERIODO: 22/10/2023 A 22/10/2023

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 COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE A HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

Dr Juan Carlos Dangu Martinez

DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITÓ


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


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

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



SE 152202

21 | 10 | 23

AVISO DE COMISION

c. Juan Carlos Dango Martinez AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION Clinica - Hospital ISSSTE Guaymas PUESTO Medico Hospitalizacion NIVEL BC

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermosillo

DURANTE 1 DIAS, DEL 21 DE Octubre AL 21 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente Salazar Lio Laura Marcela con afiliacion 17713801, a Hospital Cruz del Norte para Valoracion Psiquiatrico

VEHICULO Pro Master PLACAS UES9816 DIA Y HORA DE RECEPCION 21-10-23 12:00 a 19:40hr
EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Eduardo Salazar CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ _____ DIAS 1 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 _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

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

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IRENE 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 COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. 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 Dr. Juan Carlos Dango Martinez

FIRMA DE CONFORMIDAD X7763



HOSPITAL PSIQUIATRICO
"CRUZ DEL NORTE"
HERMOSILLO SONORA