



SOLICITUD VIÁTICOS:

152887

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 30/10/2023 A 30/10/2023

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 CHOFER PARA TRASLADAR AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CAHVEZ A LA PACIENTE ALVAREZ HERNANDEZ CON NUMERO DE AFILIACION 1807208 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA

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

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SOLICITO



LCP. Dulce Irene Jiménez Villa

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesús Alberto Pineda Arriaga

DIRECTOR

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO

30 OCT. 2023

SUPERINTENDENCIA ADMINISTRATIVA

CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS

GUAYMAS, SONORA

SE 152007



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

28

FECHA	2023
-------	------

AVISO DE COMISIÓN

A. C. J. ALFREDO POQUEA M AFILIACIÓN 216301 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL A1

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: _____, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE Oct AL 28 DE Oct DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER A J. ALFREDO POQUEA MOCIEGA PARA TRASLADO PACIENTE AL HOSPIAL CHAVARR DE HIJOS, A LA PACIENTE ALVARA HERNANDEZ, CON NUN ADELUNOÑ 1807208

EN VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCION _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. J. ALFREDO POQUEA M

CON LICENCIA No L-26 00 DE 10 976 29 CON VENCIMIENTO 1 / 202

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: \$ _____

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

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES L.C.P. DULCE MARTINEZ VILCA
JEFE DEL DEPARTAMENTO 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 C.

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

FIRMA DE CONFORMIDAD