



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

152964

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: WINKLER CRUZ BEATRIZ

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 ASISTENCIA A OFICINAS CENTRALES ISSSTESON A ENTREGA E DOCUMENTOS Y TRAMITES

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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


WINKLER CRUZ BEATRIZ

SOLICITÓ


ISSSTESON
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ


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

AUTORIZÓ



SE. 152964



AVISO DE COMISION
23 DE OCTUBRE 2023

C. LIC. BEATRIZ ELENA WINKLER CRUZ AFILIACION 12108901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN RECURSOS HUMANOS PUESTO ENCARGADO DE NOMINA NIVEL 6-I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 23 DE OCTUBRE AL 23 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A OCIFINAS CENTRALES ISSSTESON A ENTREGA DE DOCUMENTACION Y TRAMITES.

EN VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ2702 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 23 DE OCTUBRE DEL 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: _____

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:

C. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR

COSTO REGISTRADO
23 OCT. 2023
B17:41

D. SOLICITUD DE CASETAS:

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

D. 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

Enice Garcia R.
LIC. JESUS EUNICE GARCIA ROBINSON

[Signature]
LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA

[Signature]
DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO.
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

[Signature]
LIC. BEATRIZ ELENA WINKLER CRUZ.
FIRMA DE CONFORMIDAD