



SOLICITUD VIÁTICOS:

152971

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 ENTREGA DE DOCUMENTACION OFICIAL DE PARTE DE NOMINA, ALTAS EN CUENTAS BANCARIAS, REPORTE MENSUAL ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

Beatriz Winkler Cruz
WINKLER CRUZ BEATRIZ

SOLICITÓ

[Signature]
ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZO

5.E.152971



21 09 2023

AVISO DE COMISIÓN

c. Beardie Elena Wark Cu AFILIACION 12108901 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS
 UBICACIÓN Revisos Huerfano PUESTO Secretaria del Departamento NIVEL GI
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermosillo, Sonora
 DURANTE 1 DIAS, DEL 21 DE Septiembre AL 21 DE Septiembre DE 2023
 MOTIVO DE LA COMISION: Entrega de documentación oficial de parte de
Nomina, Altas en Cuentas bancarias, Reporte mensual, Entrega de
Expediente Medicos.

VEHICULO Tsuru PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 21-Sep-2023
 EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Beto Merchil 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:

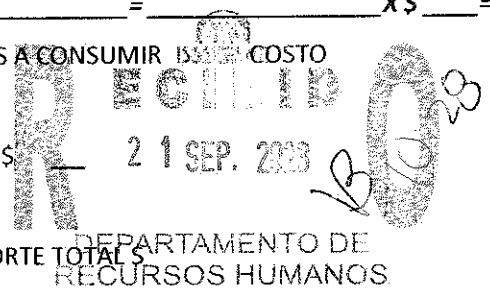
TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (TRESCIENTOS 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 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.

A T E N T A M E N T E

Beto Wark
FIRMA DE CONFORMIDAD