



SOLICITUD VIÁTICOS:

152975

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: PALOMERA VERDUGO DULCE MARIA

R.F.C. PAVD890405CH1

TEL:

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

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: GUAYMAS

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 LLEVAR TAPITAS DEL VOLUNTARIADO A LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

PALOMERA VERDUGO DULCE

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

RECIBIDO  
30 OCT. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA



152975

24 10 23

**AVISO DE COMISIÓN**

c. Dulce M. Palomera v. AFILIACION 12024701 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN Notificación PUESTO Nutriologa NIVEL 7i

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: cd. Hermosillo, Sonora

DURANTE 1 DIAS, DEL 24 DE Octubre AL 24 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Entrega de tarjetas para telefon Hermosillo.  
como parte del voluntariado de Guaymas.

VEHICULO CPV 2023 PLACAS UG-5210 DIA Y HORA DE RECEPCION 24-OCT-23

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Juba Paura CON LICENCIA No. L30002A111 CON VENCIMIENTO 23/03/26

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

9:00  
14:40

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

A. SOLICITUD DE GASOLINA: X \$ = \$

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

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

**B. SOLICITUD DE CASSETAS:**

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

**R** 24 OCT. 2023 **O**  
**RECIBIDO**  
Unidad de Planeación, Evaluación y Transparencia  
Hermosillo, Sonora

**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 EXCEPA 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

FIRMA DE CONFORMIDAD