



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

SOLICITUD VIÁTICOS: 153077

FECHA: 31 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: KURI OBREGON SERGIO NOE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 31/10/2023 A 31/10/2023

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 PARA TRASALDO DE PACIENTE MUÑOZ REYES MARTINA ALEJANDRA DE AF 12477602 AL HOSPITAL CHAVEZ PARA ESTUDIO TAC EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 30 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$300.00</b>

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

*Sergio N. Kuri Obregon*  
KURI OBREGON SERGIO NOE

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

*[Signature]*  
ISSSTESON  
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CDA RICK TRISCO SSA 162/12  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



AVISO DE COMISIÓN

30 oct 23

c. Sergio Noe Kuri O. AFILIACION 12140601 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7B

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado

DURANTE 1 DIAS, DEL 30 DE octubre AL 30 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado a estudio (TAC) al CMDICHT

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Bernardo Mata

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 CASITAS:

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

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO \_\_\_\_\_ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_

AREAS: ITINERARIO \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_



TRABAJO SOCIAL Y RECEPCION HOSPITALIZACION  
HERMOSILLO, SONORA

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ **300.00**

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

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

MGSMARTEZA VALDEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO  
CLINICA HOSPITAL

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALFONSO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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]  
FIRMA DE CONFORMIDAD