



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153408

FECHA: 03 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: SILVESTRE LOPEZ MARIA GUADALUPE

R.F.C. SILG9511158J5

TEL:

PERIODO: 03/11/2023 A 03/11/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE SOLIS ARAGON DE AFILIACION 142211001 SE ENVIA A ESTUDIO AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO EL DIA 03 DE NOVIEMBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

Maria Guadalupe
Silvestre Lopez
SILVESTRE LOPEZ MARIA
GUADALUPE

SOLICITÓ

ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 1526019 SSA 162/12
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

RECIBIDO
06 NOV. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

AVISO DE COMISIÓN

03 NOV 23

C. María Guadalupe Silvestre López AFILIACION 17105401 AREA DE ADSCRIPCIÓN HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACIÓN PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 31

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

DURANTE 3 DIAS, DEL 3 DE Nov AL 3 DE Nov DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: usg

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

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:

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: \$ 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

RECIBIDO
03 NOV. 2023
MARCELA

COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

DR. JESÉS ANDRÉS PÉREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

MGS VALDEZ VALDEZ
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLINICA HOSPITAL ISSSTE SONORA GUAYMAS

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

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.

María Guadalupe Silvestre López

ATENTAMENTE

FIRMA DE CONFORMIDAD