

SOLICITUD VIÁTICOS:

153436

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 04/11/2023 A 04/11/2023

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 COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE CON AFILIACION 10081001 A LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00


16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SOLICITO


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


 ISSSTESON
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CEA. PROE 785218 SSA 162/12
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

RECIBIDO
 24 NOV. 2023
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA.



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

275370

04	11	2023
----	----	------

AVISO DE COMISION

C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA DURANTE 1 DIAS, DEL 04 DE NOVIEMBRE AL 04 DE NOVIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE OJEDA ARCE LUISA N. CON NUMERO DE AFILIACION 10081001 A HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCION 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

CON LICENCIA No. L2600RC1049629

CON VENCIMIENTO 14/08/2027

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 RECORDER 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)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

ING. JORGE A MARTINEZ CORTÉZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE JIMENEZ VILLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

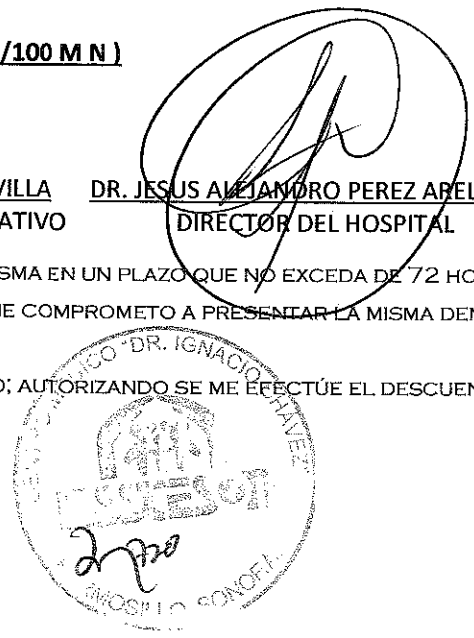
DR. JESUS ALJANDRO PEREZ ABELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

FIRMA DE CONFORMIDAD



9,40-13=56.40