

SOLICITUD VIÁTICOS:

153438

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 17557911 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

LCR Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 1606016 SSA 162/12
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO

24 NOV. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

28 - 123738



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

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

AVISO DE COMISI3N

C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
 UBICACI3N 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 ROMERO GIL ANTHONELLA A HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCI3N 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

14:50
18:27

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ 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 CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. JESUS ALJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL T3RMINO DE MI COMISI3N, DEBER3 PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACI3N, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECT3E EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE N3MINA.

ATENTAMENTE C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA
FIRMA DE CONFORMIDAD

