



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153439

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

R.F.C. DAMJ750909824

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 MEDICO TRATANTE DE PACIENTE CON NUMERO DE AFILIACION 1807202 A CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITO

ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUSDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

AUTORIZÓ

RECIBIDO
13 NOV. 2023
SUS DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



5-G
153439

28 Oct 2023

AVISO DE COMISIÓN

c. Juan Carlos Dangü Martínez AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Hospital PUESTO Médico Hospitalización NIVEL 8C

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermosillo

DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE Octubre AL 28 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente a Centro Médico
Dr Ignacio Chavez. servicio Neurología

VEHICULO RANPEO MASTER PLACAS VE 5816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 28 Oct 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRÁ Dr. Ignacio Chavez. Neurología CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

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

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 \$ _____

ÁREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

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

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IBRENE 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 EXCEDA 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

Juan Carlos Dangü Martínez

FIRMA DE CONFORMIDAD

VENENCIA

28 OCT 2023
BAJO SOCIA, INCEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO, SONORA