



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153440

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 A TRASLADO COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE CON AFILIACION 10081001 A HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITÓ

ISSSTESON  
 LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
 VALIDO

ISSSTESON  
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
 DIRECTOR  
 CED. PROF 7505016 SSA 162/12  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



SE  
153440

04 Nov 2023

AVISO DE COMISIÓN

c. Juan Carlos Dargu Martínez AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACIÓN Hospital PUESTO Medico Hospitalización NIVEL BC

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 04 DE Noviembre AL 04 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente con embarazo de pretermino Pb Maternidad, Precedencia d Centro Medico Dr Ignacio Chavez

VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VE5816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONducIRA: Alfredo Noriega Medina 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 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: \$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ PESOS 00/100 M.M)

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA  
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IRENE 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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

Juan Carlos Dargu Martínez  
FIRMA DE CONFORMIDAD

