



SOLICITUD VIÁTICOS: 153442

FECHA: 06 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 06/11/2023 A 06/11/2023

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 ROMERO GIL ANTHONELLA DE AF 17557911 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 04 DE NOVIEMBRE 2023

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
TOTAL	\$300.00

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

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

SOLICITÓ



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



Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CEA. PROF. 765018 SSA 162/12
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZÓ

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



SE 153442

AVISO DE COMISION

4 Nov 23

C. Victor Daniel Villasana Martinez AFILIACION 17557911 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4

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

DURANTE 04 DIAS, DEL 11 DE 2023 AL 04 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente a Hospital Ignacio Chavez

Hermosillo EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 14:30 DE

18:00 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA Alfredo Noriega

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 CASITAS:

No. DE CASITAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA 04/11/23 FECHA REGRESO 04/11/23

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**

MGS. MARITZA VALDEZ VALDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIDAD HOSPITAL ISSSTE SON GUAYMAS

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

DR. JESUS ALVARO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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 Victor Daniel Villasana Martinez
FIRMA DE CONFORMIDAD

