



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

SOLICITUD VIÁTICOS: 153443

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 OJEDA ARCE LUISA NATHLLELY DE AF 1081001 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
CED. PROF. 7506316 SSA 162/12
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



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

SE 153443

AVISO DE COMISIÓN

[] [] []

Victor Daniel Villasana Martinez AFILIACION 15257401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado de Paciente

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

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado Paciente a Hermosillo Hospital ISSSTESON

Ignacio Chavez EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION DE 9:40 hrs

13:56 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Nunez

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 CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ 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**

ISSSTESON
MGSI, Maritza Valdez Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

[Signature]
L.C.P. DULCE RENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

[Signature]
DR. JESUS ALEJANDRO 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