



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153918

FECHA: 09 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: JARAMILLO SAINZ JESUS YESENIA

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/11/2023 A 09/11/2023

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 PARA TRASALDO DE PACIENTE GUILLEN CARRERAS PABLO DE AF 6468102 AL HOSPITAL CHAVEZ PARA ESTUDIO TAC EN LA CD DE HERMOSILLO DEL DIA 08 DE NOVIEMBRE DE 2023

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

JARAMILLO SAINZ JESUS YESENIA

SOLICITÓ



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

VALIDÓ

ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 7605016 SSA 162/12
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



SE 153918

AVISO DE COMISIÓN

8 Noviembre 23

CD Jesus Yesenia Juarez Soria AFILIACION 12432001 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 08 DE NOVIEMBRE AL 08 DE NOVIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado el paciente a Hospital I. Chavez en la cd.

de Hermosillo EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIARA Bernardo Mata

CON LICENCIA No. L3000R09117088 CON VENCIMIENTO 28/02/25

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

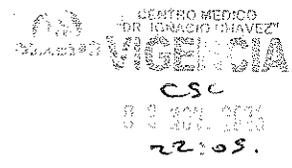
II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORDER 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 \$ _____

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO, SONORA.

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

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**

MCSI MAREZ VALDEZ VALEZ JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DEPARTAMENTO DE HOSPITAL 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

Jesus Yesenia Juarez Soria
FIRMA DE CONFORMIDAD