



SOLICITUD VIÁTICOS:

154369

FECHA: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTINEZ CORTEZ JORGE ARMANDO

R.F.C. MACJ640630KS7

TEL:

PERIODO: 13/11/2023 A 13/11/2023

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 RECEPCION DE CAMILLAS PARA AMBULANCIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

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

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

MARTINEZ CORTEZ JORGE ARMANDO

SOLICITO

VALIDÓ

ISSSTESON
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 C.D. PROF. 1809/12 SSA 162/12
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZÓ

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

>= 15 4369



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

10	11	2023
----	----	------

AVISO DE COMISION

C. JORGE MARTINEZ CORTEZ AFILIACION 17900101 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO JEFE DE DEPARTAMENTO NIVEL 9 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE NOVIEMBRE AL 10 DE NOVIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA PARA RECEPCION DE CAMILLAS PARA LA AMBULANCIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PLACAS VC48152 DIA Y HORA DE RECEPCION 10 DE NOVIEMBRE 2023.

EL VEHICULO LO CONducIRA C.BRENO URZUE MENDIVIL SOTO

CON LICENCIA No. L2600RC1037938 CON VENCIMIENTO 30/11/2024

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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: 2 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 : \$ 300.00 (DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

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

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. 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 NÓMINA.

A T E N T A M E N T E ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ CORTEZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

Stamp: COORDINACION DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL