



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

154374

FECHA: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. AACM861123495

TEL:

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

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 TRASLADO DE PACIENTE MARTINEZ BARRAZA EMMALY DE AF 9453014, AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 12 DE NOVIEMBRE 2023

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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


JOSE MARIA ANTONIA ALFARO
CORRALES

SOLICITÓ




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

VALIDÓ


ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 7605000 SSA 162
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON

AUTORIZÓ


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



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

SE 154374

AVISO DE COMISIÓN

12 NOV 2023

Nombre María Antonia Alfaro AFILIACION 12371401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado
DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE NOV. AL 12 DE NOV. DE 2023
MOTIVO DE LA COMISION: _____

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION _____ DE _____
HRS _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA 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 RECORDER 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 12/11/23 FECHA REGRESO 12/11/23

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

TRABAJO SOCIAL RE-CEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO, SONORA.

MGS. MARITZA VALDEZ VALDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
LINEA HOSPITAL HABER RECORRIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION. ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

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

DR. JESUS ALFARO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

[Signature]
FIRMA DE CONFORMIDAD