



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

155259

FECHA: 21 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: SILVESTRE LOPEZ MARIA GUADALUPE

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. SILG9511158J5

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 21/11/2023 A 21/11/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502, SE COMICIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE TANORI AGUILAR FRANCISCO GUSTABO AF. 14923911, AL HOSPITAL CHAVEZ DE LA CIUDAD DE HERMOSILLO EL DIA 19 DE NOVIEMBRE 2023

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

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

*Maria Guadalupe
Silvestre Lopez*

SILVESTRE LOPEZ MARIA
GUADALUPE

SOLICITÓ

[Signature]



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

VALIDÓ

[Signature]
Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF 7605016 SSA 162/12
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



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

SE. 155259

AVISO DE COMISION

19 Nov 23

C. María Guadalupe Silvestre López AFILIACION 13.105401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 3I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 19 DE Nov AL 19 DE Nov DE 23.

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado a Clinica Chavez

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA

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 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**

ISSSTESON
MGSI. Maritza Valdez Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
MGSI. MARITZA VALDEZ VALDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DE 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 María Guadalupe Silvestre López
FIRMA DE CONFORMIDAD