



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

155262

FECHA: 21 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

R.F.C. DAMJ750909824

TEL:

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

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 COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE PARA RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNAICO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA

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

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

Juan Carlos Dangu
DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 740016 / SSA 102/12
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZO

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



S.E
155262

12 NOV 23

AVISO DE COMISION

c. Juan Carlos Dangu Mtz AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION Hospital PUESTO Medico de Hospitalizacion NIVEL EC
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD.

DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE Noviembre AL 12 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de Moner de Lina Emma Martinez
Barraza afiliada 9453014 con Dx de Fractura de craneo
a centro Medico Dr Ignacio Chavez

VEHICULO RAM Motor Picas DIA Y HORA DE RECEPCION _____
EL VEHICULO LO CONducIRA: Alfredo Noriega Madro CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____
ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES
CUOTA DIARIA \$ _____ DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ _____

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORER 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: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ _____ (_____ PESOS 00/100 M.N)

[Signature]
DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

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

[Signature]
DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR CLINICO

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

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.

ATENTAMENTE

Juan Carlos Dangu Martinez
FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
12 NOV 2023
COORDINACION
CENTRO MEDICO
"DR. IGNACIO CHAVEZ"