

SOLICITUD VIÁTICOS:

155376

FECHA: 22 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: ALONDRA LILLET VAZQUEZ LEAL

R.F.C. VALA990316KR5

TEL:

PERIODO: 22/11/2023 A 22/11/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE RAMIKREZ DUARTE REYNA CRISTINA CON AF. 7196801 A SALUD POR IMAGEN A ESTUDIO TAC EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO EL DIA 21 DE NOVIEMBRE 2023

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$300.00</b>

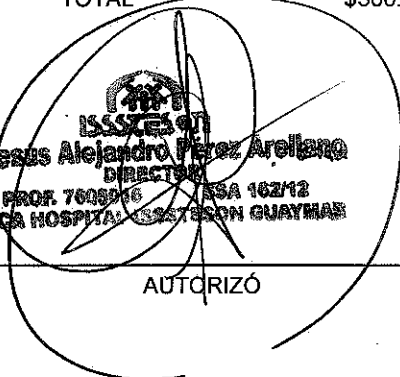
TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

ALONDRA LILLET VAZQUEZ LEAL


SOLICITÓ

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

VALIDÓ

  
  
**Dr. Jesus Alejandro Perez Arellano**  
 DIRECTOR  
 CED. PROF. 7608016 (NSA 162/12)  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

  
 23 NOV. 2023  
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISION

21 Noviembre 2023

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 31 AFILIACION 16844801 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 21 DE Noviembre AL 21 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado a salud por imagen Hermosillo Sonora

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION DE

HRS

EL VEHICULO LO CONducIRA Eduardo Gonzalez Siqueros CON LICENCIA No. L3000 RC 1076892 CON VENCIMIENTO 14/08/25

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 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

MCSI. Marilyn Valdez Valdez  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. 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 Jorge Luis Alonzo Nieto  
FIRMA DE CONFORMIDAD