



SOLICITUD VIÁTICOS: 155784

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: RODRIGUEZ FERRER EDGAR ERNESTO

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 24/11/2023 A 24/11/2023

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 MONTIEL CANO AAMIRA AF. 12390812 AL HOSPOITAL CHAVEZ DE LA CIUDAD DE HERMOSILLO DIA 22 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

  
 RODRIGUEZ FERRER EDGAR ERNESTO  
 SOLICITÓ

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

  
 ISSSTESON  
 Dr. Jesús Mejía Pérez Arellano  
 DIRECTOR  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
 AUTORIZÓ

**RECIBIDO**  
 27 NOV. 2023  
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA.

SE 155784



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

AVISO DE COMISIÓN

22 Nov 23

C. Paraguay Torres Riquelme AFILIACION 15044601 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 31

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 22 DE Nov AL 22 DE Nov DE 23

MOTIVO DE LA COMISION: Estudio Tac Hermosillo

15:30 EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Edmundo Gonzalez  
CON LICENCIA No. \_\_\_\_\_ CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

GASTOS DE CAMINO \$    DIAS    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: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGSI MARITZA VALENZUELA Valdez  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

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

[Signature]  
FIRMA DE CONFORMIDAD