

SOLICITUD VIÁTICOS: 156251

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: FLORES COTA MARIA ANTONIETA

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 29/11/2023 A 29/11/2023

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 LOPEZ SOTO GABRIEL DE AF. 12196411 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO 24 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.

FLORES COTA MARIA ANTONIETA

SOLICITÓ

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CED. PROF. 7605016 SSA 162/12  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



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

SE 156251

AVISO DE COMISIÓN

24 NOV 23

C. Flores Cota Maria Arrieta AFILIACION (201560) AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 24 DE NOV AL 24 DE NOV DE 2013

MOTIVO DE LA COMISION: Fui por un paciente gineco y se ueva a su

Domicilio EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Christian Ivan Diente.

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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO



24 NOV 2013

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO, SONORA.

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARICHO LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

Jefa de Departamento de Enfermería Clínica 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 COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

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

ATENTAMENTE Maribelita Flores FIRMA DE CONFORMIDAD