



SOLICITUD VIÁTICOS:

152869

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. AACM861123495

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 30/10/2023 A 30/10/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA PARA TRASALDO DE PACIENTE LOPEZ SOTO GABRIEL RODRIGO DE AF 12196411 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 28 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 MIN.

JOSE MARIA ANTONIA ALFARO
CORRALES

SOLICITÓ



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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
30 OCT. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

SE 152869

AVISO DE COMISIÓN

28 OCT 2023

UBICACIÓN Ciudad María Antonia Alfaro Cofamilia 1237401 AREA DE ADSCRIPCIÓN HOSPITAL GUAYMAS

HOSPITALIZACIÓN ENFERMERA GENERAL PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4E

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE octubre AL 28 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: frastado

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____ DE _____

HRS _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Noriega

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 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 28 oct 23 FECHA REGRESO 28 oct 23

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300.00

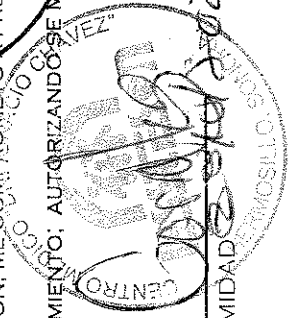
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MCSI. HERMOSILLO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA DE LABORATORIO Y RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.
ACERTO LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

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

DR. JESUS EL FUERO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL



Alfredo Noriega
FIRMA DE CONFORMIDAD 28 oct 2023

ATENTAMENTE