



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

152975

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: PALOMERA VERDUGO DULCE MARIA

R.F.C. PAVD890405CH1

TEL:

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

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: GUAYMAS

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 LLEVAR TAPITAS DEL VOLUNTARIADO A LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

PALOMERA VERDUGO DULCE

SOLICITÓ


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

VALIDÓ


 ISSSTESON
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ


 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA



152975

24 | 10 | 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Dulce M. Palomera V. AFILIACION 12224761 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Notificación PUESTO Nutrióloga NIVEL 7i

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Heimosillo, Sonora
DURANTE 1 DIAS, DEL 24 DE Octubre AL 24 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Entrega de tarjetas para telefon Heimosillo.
Como parte del voluntariado de Guaymas.

VEHICULO CPV 2023 PLACAS WJ-520 DIA Y HORA DE RECEPCION 24-OCT-23
EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Julia Parra CON LICENCIA No. L30002A111 CON VENCIMIENTO 23/03/26

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES 9:00
14:40
CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ = _____ COSTO _____ X \$ _____ = \$ _____
KILOMETRAJE A RECORER _____ RENDIMIENTO DEL VEHICULO _____ LITROS A CONSUMIR _____

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)

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR CLINICO

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

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.
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

FIRMA DE CONFORMIDAD

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

RECIBIDO
24 OCT. 2023
Unidad de Planeación,
Evaluación y Transparencia
Hermosillo, Sonora

(Handwritten signature and stamp)