



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

**SOLICITUD VIÁTICOS:**

153440

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

R.F.C. DAMJ750909824

TEL:

PERIODO: 04/11/2023 A 04/11/2023

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 A TRASLADO COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE CON AFILIACION 10081001 A HERMOSILLO SONORA

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

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

DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITANTE



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

VALIDÓ

ISSSTESON  
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CED. PROF. 20250161 SSA/162/12  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
AUTORIZO

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



5E  
153440.

04 Nov 2023

**AVISO DE COMISION**

c. Juan Carlos Dongu Martinez AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACION Hospital PUESTO Medico Hospitalizacion NIVEL BC

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermasillo  
DURANTE 1 DIAS, DEL 04 DE Noviembre AL 04 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente en embarazo de pretermino  
Placental, Preclamsia d Centro Medico Dr Ignacio Chavez

VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VES816 DIA Y HORA DE RECEPCION \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Alfredo Noriega Medina CON LICENCIA No. \_\_\_\_\_ CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ \_\_\_\_\_ DIAS 1 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 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: \$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ PESOS 00/100 MM)

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 COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.  
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

Juan Carlos Dongu Martinez

