



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

**SOLICITUD VIÁTICOS:**

154369

FECHA: 13 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTINEZ CORTEZ JORGE ARMANDO

R.F.C. MACJ640630KS7

TEL:

PERIODO: 13/11/2023 A 13/11/2023

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 RECEPCION DE CAMILLAS PARA AMBULANCIA DE LA CLINCA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

**TOTAL \$300.00**

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

MARTINEZ CORTEZ JORGE  
ARMANDO  
SOLICITÓ

  
**LCF. Dulce Irene Jiménez Villa**  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
 VALIDO

  
**Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano**  
 DIRECTOR  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
 AUTORIZO

  
**RECIBIDO**  
 15 NOV. 2023  
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA.



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

10	11	2023
----	----	------

AVISO DE COMISIÓN

C. JORGE MARTINEZ CORTEZ AFILIACION 17900101 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN <sup>65</sup> SERVICIOS GENERALES PUESTO JEFE DE DEPARTAMENTO NIVEL 9 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE NOVIEMBRE AL 10 DE NOVIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA PARA RECEPCIÓN DE CAMILLAS PARA LA AMBULANCIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PLACAS VC48152 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 10 DE NOVIEMBRE 2023,

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C.BRENO URZUE MENDIVIL SOTO

CON LICENCIA No. L2600RC1037938 CON VENCIMIENTO 30/11/2024

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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: 2 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 (DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

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

L.C.P. DULCE JIMENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

L.C.P. DULCE JIMENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO

DIRECTOR DEL HOSPITAL

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 ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ CORTEZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

