



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

156563

FECHA: 04 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 04/12/2023 A 04/12/2023

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 COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE RUMBO A BARCA FRANCISCO CON NUMERO DE AFILIACION 4410502 PARA QUE SE LE REALICE VALORACION ESPECIALISTA EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

RECIBIDO  
05 DIC. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA

SE 156563



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

02	DIC	2023
----	-----	------

AVISO DE COMISIÓN

C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
 UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA  
 DURANTE 1 DIAS, DEL 02 DE DICIEMBRE AL 02 DE DICIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE RUMBO ABARCA FRANCISCO CON NUMERO DE AFILIACIÓN 4410502 , PARA QUE SE LE REALICE VALORACION POR ESPECIALISTA EN HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 02 DE DICIEMBRE DE 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

CON LICENCIA No. L3000RC1076736 CON VENCIMIENTO 11/08/2023

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 \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ \_\_\_\_\_

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

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

ING. JORGE A. MARTINEZ GONZALEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE RAMIREZ 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 C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

FIRMA DE CONFORMIDAD