



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

156566

FECHA: 04 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

R.F.C. MACM521213F61

TEL:

PERIODO: 04/12/2023 A 03/12/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO:

NO. DÍAS: 0

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA QUE ACUDA A CD OBREGON SONORA A UNA REUNION ORDINARIA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

*Martin Enrique Marquez Cordova*

MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

SOLICITÓ

*[Signature]*  
 CP Dulce Irene Jiménez Villa  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

*[Signature]*  
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
 DIRECTOR  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

**RECIBIDO**  
 14 DIC. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA.



SE 156566

30	11	23
----	----	----

**AVISO DE COMISIÓN**

C. DR. MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA AFILIACION 12772801 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITAL PUESTO MEDICO GENERAL/ EPIDEMIOLOGIA NIVEL 7 C

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 30 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: COMISIONADO PARA ACUDIR A REUNION ORDINARIA QUE TENDRA LUGAR EN AUDITORIO DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION A LA SALUD (CIAS)

VEHICULO \_\_\_\_\_ PLACAS \_\_\_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: \_\_\_\_\_ 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 CASETAS:**

No. DE CASETAS: \_\_\_\_\_ 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. DULCERENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALFONSO 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

DR. MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

FIRMA DE CONFORMIDAD