



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

156667

FECHA: 04 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: SILVESTRE LOPEZ MARIA GUADALUPE

R.F.C. SILG9511158J5

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 PARA TRASLADO DE PACIENTE RUMBO A BARCA FCO ALBERTO CON AF. 4410502, AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO 02 DICIEMBRE 2023.

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

*Maria Gpe
Silvestre Lopez*
SILVESTRE LOPEZ MARIA
GUADALUPE

SOLICITÓ



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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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

SE 156609



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

AVISO DE COMISIÓN

02 DIC 83

C. María Guadalupe Silvestre Lopez AFILIACION 17105101 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 3E

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Trasbordo
DURANTE 1 DIAS, DEL 2 DE dic AL 2 DE Dic DE 83
MOTIVO DE LA COMISION: Trasbordo HULLO

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE
HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Norega
CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00
GASTOS DE CAMINO \$ _____ DIAS _____ 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 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)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03
MGSJ. Maritza Valdez Valdez Jefa de Departamento Enfermería
L.C.P. Dulce Irene Jimenez Villa SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

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.

María Guadalupe Silvestre Lopez
ATENTAMENTE _____
FIRMA DE CONFORMIDAD



TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO, SONORA.

