



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157022

FECHA: 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 07/12/2023 A 07/12/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE BOIDO VILLAREAL CON NUMERO DE AFILIACION 10657001 AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ DE LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

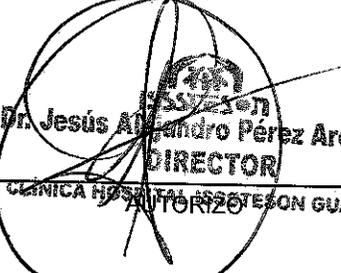
NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SÓLICITÓ



LCP Duice Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ



Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

RECIBIDO
 15 DIC. 2023
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA.



157022

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

25 FECHA NOV 2023

AVISO DE COMISIÓN

C.J. ALFREDO NORIEGA M AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL AI

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 25 DE NOV. AL 25 DE NOV. DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A BUIDO VILLARREAL AL HOSP. I. CHAVEZ EN HILLO SONORA. NUM AFILIACION 10657001

EN VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C.J. ALFREDO NORIEGA M

CON LICENCIA No. L.2600 Q.C. 1049629 CON VENCIMIENTO 14/8/2023

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:**

Nó. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____



C. **PASAJES:**

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO. SONORA.

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

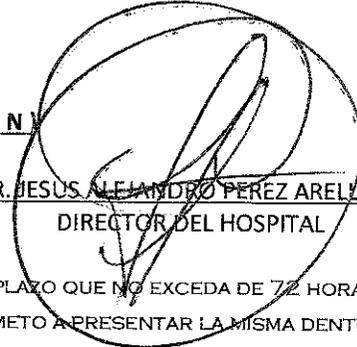
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE MARTINEZ 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. _____

FIRMA DE CONFORMIDAD