



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157138

FECHA: 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: ROCHA FELIX JOAB BALDEMAR

R.F.C. ROFJ951204AF8

TEL:

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

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 LIZARRAGA ZATARAIN HERIBERTO TOMAS DE AF. 3155202 A L HOSPITAL CHAVEZ DE HERMOSILLO EL DIA 05 DE DICIEMBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

Jacob Baldeomar  
ROCHA FELIX JOAB BALDEMAR

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

**RECIBIDO**  
08 DIC. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA

SE 157138



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

AVISO DE COMISION

05 12 27

C. Joab Balderas Nahu Felix AFILIACION 1697 7701 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL \_\_\_\_\_

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Hospital Chedz

DURANTE 1 DIAS, DEL 05 DE Diciembre AL 5 DE Diciembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

HRS \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA Benedo Nato

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 CASITAS:

No. DE CASITAS: \_\_\_\_\_ 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 13 32 DK 03

MARIA VALEZ VALDEZ  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON

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 COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE Joab Balderas Nahu Felix

FIRMA DE CONFORMIDAD

GENTRO MEDICO DR. KONALCIO HAVELT  
ISSSTESON VIGENCIA

T3 Margarita A. Orozco  
TRABAJO SOCIAL-RECEPCION Y HOSPITALIZACION  
HERMOSILLO SONORA.