



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157139

FECHA: 08 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

R.F.C. DAMJ750909824

TEL:

PERIODO: 08/12/2023 A 08/12/2023

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 MEDICO TRATANTE DE PACIENTE EN TRASLADO A HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

Juan Carlos Dangu  
DANGU MARTINEZ JUAN CARLOS

SOLICITÓ

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

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

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



19 NOV 2023

AVISO DE COMISIÓN

c. Juan Carlos Dancó Martínez AFILIACION 9929601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Hospital PUESTO Medico de Hospitalización NIVEL 8C
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermosillo

DURANTE 1 DIAS, DEL 19 DE Noviembre AL 19 DE Noviembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de Menor de Edad Francisco Gustavo Tanori Aguilera a centro medico Dr. Ignacio Chavez para descartar lesión cerebral por traumatismo region occipital

VEHICULO RAN ProMaster PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN
EL VEHICULO LO CONducIRA: CON LICENCIA No. CON VENCIMIENTO
ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES
CUOTA DIARIA \$ DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: = \$ = \$

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

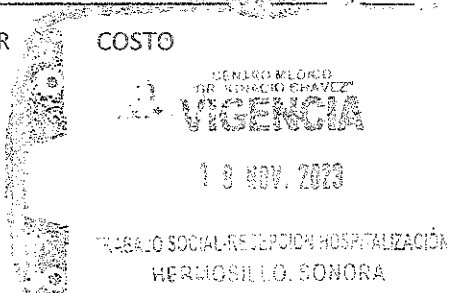
TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ PESOS 00/100 M N



DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO 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

Juan Carlos Dancó Martínez FIRMA DE CONFORMIDAD