



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157219

FECHA: 11 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/12/2023 A 11/12/2023

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 PECIENTE COTA ESPERICUETA BENJAMIN CON AF. 1237302 EL DIA 10 DE DE DICIEMBRE 2023 AL HOSPITAL CHAVEZ DE LA CD. DE HERMOSILLO

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

SOLICITÓ

LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
11 DIC. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA

SE 157219



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

AVISO DE COMISIÓN

10 12 23

c. Victor Daniel Vilasana Mtz AFILIACION ISSS 4401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 41

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

DURANTE 10 DIAS, DEL 12 DE 2023 AL 10 DE Diciembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado De Paciente a Hermosillo

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE 14:10 a

18:45 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Noriega

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 10/12/23 FECHA REGRESO 10/12/23

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

MGS. MARCELA VALDEZ VALDEZ
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA HOSPITAL ISSSESON GUAYMAS

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

[Signature]
FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
10 DIC. 2023
COORDINACIÓN MÉDICA
CENTRO MÉDICO
"DR. IGNACIO GUAYMAS"