



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

**SOLICITUD VIÁTICOS:**

157267

**FECHA:** 11 DE DICIEMBRE DEL 2023  
**DEUDOR:** NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO  
**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 COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE COTA ESPERICUETA CON # DE AFILIACION 1237302 AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$300.00</b>

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

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SOLICITO

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

VALIDÓ

  
**Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano**  
 DIRECTOR  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

  
**RECIBIDO**  
 14 DIC. 2023  
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA

157242  
SE 157267



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

10 FECHA DE 2023

AVISO DE COMISION

C. J. ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACION 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 4T

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: \_\_\_\_\_, SONORA  
DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE DIC AL 10 DE DIC DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR  
AL PACIENTE COTA ESPERICUETA CON AFILIACION  
1237302, AL HOPAL CHAVEZ DE HIJO.

EN VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCION \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. J. ALFREDO NORIEGA M.

CON LICENCIA No. L2600 RC 1049629 CON VENCIMIENTO 14/08/202

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 RECORDER 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: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 0357502

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE L. GOMEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TERMINO DE MI COMISION, DEBERE PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.  
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

C. \_\_\_\_\_

FIRMA DE CONFORMIDAD

*(Handwritten signature)*

RECIBIDO  
10 DIC. 2023  
COORDINACION MEDICA  
CENTRO MEDICO  
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

