



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

Table with 4 columns: CANT., DESCRIPCIÓN, PRECIO UNITARIO, IMPORTE. Row 1: 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
TOTAL \$300.00

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



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

157242
SE 157267

AVISO DE COMISION

10 FECHA DE 2023

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 HOPIL CHAVEZ DE HILLO.

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 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: \$ 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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

