



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151811

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

R.F.C. MACM521213F61

TEL:

PERIODO: 19/10/2023 A 18/10/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO:

NO. DÍAS: 0

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA PARA ACUDIR A CAPACITACION EN OBREGON SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

Martin Enrique Marquez Cordova

MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

SOLICITÓ



ECB Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

RECIBIDO
19 OCT. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

5 E-131811



13 OCT 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Dr. Martín E. Márquez C. AFILIACION 1277801 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Red. preventiva PUESTO Epidemiólogo NIVEL 4-I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Obregon, Sonora
DURANTE 1 DIAS, DEL 13 DE octubre AL 13 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: acudir a reunion en auditorio del Hospital General ISS- Bienestar para recibir capacitacion

VEHICULO Nissan DUN PLACAS vez 2706 DIA Y HORA DE RECEPCION 13 OCT-23 -

EL VEHICULO LO CONducIRA: Christian y Arel CON LICENCIA No. L300020 (11264) CON VENCIMIENTO 12/12/2024

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 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)



ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL
CD. OBREGÓN, SONORA

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE RENE 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

[Signature]

FIRMA DE CONFORMIDAD