



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147223

FECHA: 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ TAPIA OSCAR JAVIER

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 06/09/2023 A 06/09/2023

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 PACIENTE VALLADARES CORONA LUCIA GUADALUPE DE AF 6838502 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DÍA 06 DE SEP 2023

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

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

GONZALEZ TAPIA OSCAR JAVIER

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZO

RECIBIDO  
08 SEP. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISIÓN

06 Sept 23

Oscar J. González Tapia AFILIACION 8409801 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 72

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 6 DE Sept AL 6 DE Sept DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de pariente

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 6 DE Sept 7

9:40 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA David Roger Rmz.

CON LICENCIA No. CON VENCIMIENTO

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 \$



06 SEP. 2023

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO, SONORA.

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300.00

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 300.00 ( TESCIENTOS PESOS 00/100 M N )

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGSJ. Maritza Valdez Valdez JEFA DE AREA DE ATENCION AL CLIENTE DEL DEPARTAMENTO...

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

FIRMA DE CONFORMIDAD (Handwritten signature)