



SOLICITUD VIÁTICOS:

147246

FECHA: 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: PERALTA TSUTSUI CARLOS ALBERTO

R.F.C. PETC960411MM4

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 COMISONA COMO MEDICO TRATANTE A PACIENTE PARA TRASLADO A LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N

PERALTA TSUTSUI CARLOS ALBERTO

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

5 147 246



06 SEPT 23

AVISO DE COMISIÓN

C. Dr. Costa Alberto Peralt AFILIACIÓN 16140901 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN Hospital PUESTO Medico General NIVEL _____

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermosillo Sonora

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

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente valledares corona hacia del comer. a Hospital Dr Ignacio Chavez.

VEHICULO pro Master PLACAS SES9810 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 06-sep-2023 / 09:40 hrs.

EL VEHICULO LO CONducIRA: Breno O. Mendivil CON LICENCIA No. L2600210378 CON VENCIMIENTO 30 Nov 24

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:

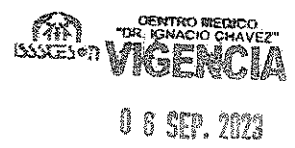
TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$300 (trecientos PESOS 00/100 M.N)



TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACIÓN HERMOSILLO, SONORA.

[Signature]
DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

[Signature]
L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

[Signature]
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 _____

FIRMA DE CONFORMIDAD