



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147574

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/09/2023 A 10/09/2023

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 COMO CHOFER PARA RECEPCION DE CHAROLA QUIRURGICA PEDIATRICA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LA PACIENTE FELIX ORALIA GUADALUPE CON NUMERO DE AFILIACION 2560108 EN LA CD. OBREGON SONORA

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  
SOLICITÓ

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

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

SE 197574



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

10 09 2023

AVISO DE COMISION

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

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE SEPTIEMBRE AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA RECEPCION DE CHAROLA DE CIRUGIA PEDIATRICA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LA PACIENTE FELIX ORALIA GUADALUPE CON NUMERO DE AFILIACION 2560108 EN LA CD. DE OBREGON SONORA.

EN VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCION 10 DE SEPTIEMBRE DE 2023,

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

CON LICENCIA No. L3000RC1076736 CON VENCIMIENTO 11/08/2023

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 VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 05 37502

ING. JOSE A. MARTINEZ CORTEZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE JIMENEZ 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 1/2 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. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

FIRMA DE CONFORMIDAD

