



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147685

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: WINKLER CRUZ BEATRIZ

R.F.C.

TEL:

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

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 ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA A ENTREGA DE DOCUMENTACION Y TRAMITES DE NOMINA EL DIA 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

[Signature]
WINKLER CRUZ BEATRIZ

SOLICITÓ

[Signature]

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

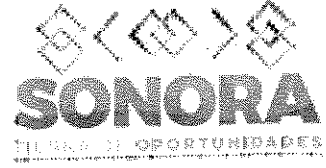
VALIDÓ

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

RECIBIÓ
11 SEP. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
[Signature]



SE: 147685



AVISO DE COMISION
07 DE SEPTIEMBRE 2023

C. LIC. BEATRIZ ELENA WINKLER CRUZ AFILIACION 12108901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION RECURSOS HUMANOS PUESTO ENCARGADO DE NOMINA NIVEL 6-1

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A OCIFINAS CENTRALES ISSSTESON A ENTREGA DE DOCUMENTACION Y TRAMITES.

EN VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ2702 DIA Y HORA DE RECEPCION 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: _____

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:

C. **SOLICITUD DE GASOLINA:** _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

D. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

D. 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 03 37502

Eunice Garcia R
LIC. JESUS EUNICE GARCIA ROBINSON

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO.

JEFE DEL DEPARTAMENTO

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ 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 NÓMINA.

ATENTAMENTE

LIC. BEATRIZ ELENA WINKLER CRUZ.

FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
07 SEP. 2023
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS