



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147687

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: PEREZ ARELLANO JESUS ALEJANDRO

R.F.C. PEAJ750715JK5

TEL:

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

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

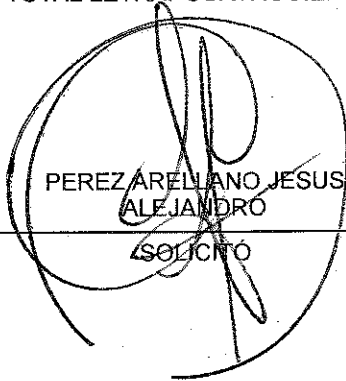
CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$400.00	\$400.00

OBSERVACIÓN:

37502 ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A REUNION ADMINISTRATIVA A OFICINAS CENTRALES EL DIA 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

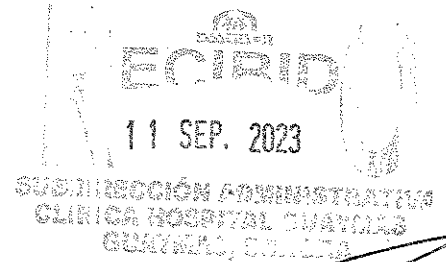
SUBTOTAL	\$400.00
16% IVA	\$0.00
TOTAL	\$400.00

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


 PEREZ ARELLANO JESUS ALEJANDRO
 SOLICITO


 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


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





AVISO DE COMISION

07 DE SEPTIEMBRE 2023

SE: 147687



C. DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO AFILIACION 17867901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN DIRECTOR PUESTO DIRECTOR NIVEL 12-I

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

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

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A REUNION ADMINISTRATIVA A OFICINAS CENTRALES.

EN VEHICULO _____ PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 07 SEPTIEMBRE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: _____

CON LICENCIA No _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ _____ DIAS 1 IMPORTE VIATICOS _____

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 \$ 400.00

C. **PASAJES:**

TERRESTRES: _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 400.00 (CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO.

DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO

FIRMA DE CONFORMIDAD

