



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147689

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: JIMENEZ VILLA DULCE IRENE

R.F.C. JIVD9207083P0

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.

JIMENEZ VILLA DULCE IRENE

SOLICITÓ

ISSSTESON
LCE Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

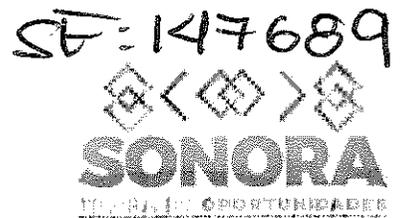
AUTORIZÓ

RECIBIDO
11 SEP. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON
GUAYMAS, SONORA



AVISO DE COMISION
07 DE SEPTIEMBRE 2023



C. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA AFILIACION 17900001 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA PUESTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO NIVEL 111

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 LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA A REUNION ADMINISTRATIVA A OFICINAS CENTRALES.

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

EL VEHICULO LO CONDUCIRA _____

CON LICENCIA No _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 400.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 400.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

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

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 37501

REGISTRO
07 SEP. 2023
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
1201

DR. JESUS ALEJANDRO ARELLANO PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO ARELLANO PEREZ.
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

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA
FIRMA DE CONFORMIDAD