



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147695

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MUDECI MAGAÑA ZULMA PAOLA

R.F.C. MUMZ7606294W9

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 PARA LA RECEPCION DE 20 ARBOLES PARA EL PROYECTO DE REFORESTACION DE AREA VERDE DE LA EXPLANADA DE CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS EL DIA 08 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

MUDECI MAGAÑA ZULMA PAOLA

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZO

RECIBID
11 SEP. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA

[Handwritten signature]



C. ZULMA PAOLA MUDECI MAGAÑA AFILIACION 18400312 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN CALIDAD PUESTO GESTOR DE CALIDAD NIVEL 3I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 08 DE SEPTIEMBRE AL 08 DE SEPTIEMBRE

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA A TRATAR ASUNTOS RELACIONADOS CON EL DEPARTAMENTO.

EN VEHICULO KIA RIO ROJO PLACAS WEK384A DIA Y HORA DE RECEPCION 08 DE SEPTIEMBRE 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: ZULMA PAOLA MUDECI MAGAÑA

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:

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

KILOMETRAJE A RECORER 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 : \$300.00 (TRESCIENTOS 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

3P
ENF. ZULMA PAOLA MUDECI MAGAÑA

8/9/23 Vivero Municipal
11:00 am Hermosillo.
Esteban Firmebo Morañi

FIRMA DE CONFORMIDAD