



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148032

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: CORRAL GARCIA CORONEL VALERIA

R.F.C. COGV960930SV8

TEL:

PERIODO: 13/09/2023 A 13/09/2023

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, SE COMISIONA PARA COMISION DE TRASLADO DE PACIENTE VERDUGO TORRES ESTEFANY AF. 17118201 A HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 12 DE SEPTIEMBRE 2023

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
TOTAL	\$300.00

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

CORRAL GARCIA CORONEL VALERIA

SOLICITÓ

LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZO

RECIBIDO
13 SEP. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

AVISO DE COMISIÓN

12 Sept 23

c. Valeria Couel Garcia AFILIACION 18477101 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado
DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE Septiembre AL 12 DE Septiembre DE 2023
MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12 DE Septiembre
14:00HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Eduardo Gonzalez Siqueiros
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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR

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: \$ 300.00
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ 300.00 (TESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03



MCSI MARIANA VALDEZ VALDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ISSSTESON GUAYMAS

L.C.P. DULCERENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

FIRMA DE CONFORMIDAD