



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148037

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: OCHOA COTA NOEL ANTONIO

R.F.C. OOCN820712HM7

TEL:

PERIODO: 13/09/2023 A 12/09/2023

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO:

NO. DÍAS: 0

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA PARA ACUDIR A REUNION DE COMITE DE FARMACOVIGILANCIA EN LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$50.00

TOTAL

\$300.00

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

OCHOA COTA NOEL ANTONIO

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 7800016 SSA 162/12
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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

148037



12 SEP 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. Dr. Noel A. Ochoa Cota AFILIACION 12233801 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Subdirección PUESTO Subdirector Médico NIVEL B-C

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: cd. Hermosillo Sonora
DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE Septiembre AL 12 DE Septiembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Se comisiona para acudir a Congreso Estatal de Farmacovigilancia en la cd. Hermosillo Sonora

VEHICULO Sentra PLACAS WUC-594-A DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12-sep-23
EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Dr. Noel A. Ochoa CON LICENCIA No. 1300091410358 CON VENCIMIENTO 19/03/24

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 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: \$ _____

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

[Signature]
DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

[Signature]
L.C.P. DULCE RENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

[Signature]
DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR CLINICO

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

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

[Signature]
FIRMA DE CONFORMIDAD