



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148262

FECHA: 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

R.F.C. MACM521213F61

TEL:

PERIODO: 14/09/2023 A 13/09/2023

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 QUE ACUDA A CAPACITACION EN LA CD OBREGON SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

MARTIN ENRIQUE MARQUEZ
CORDOVA

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

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



143062

12 SEP 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. Dr. Martin E. Marquez C. AFILIACION 12772801 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Hosp. del PUESTO epidemiologo NIVEL 7C

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Obregon, Sonora
DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE septiembre 12 DE septiembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: asistir a Capacitar del programa de
urgencias Epidemiologica y desastres, se llevara a cabo en
auditorio del Hospital IMSS Bienestar

VEHICULO NISSAN TSURU-PLACAS WEL 2207 DIA Y HORA DE RECEPCION 12-SEP-2023 - 8:00 hrs
EL VEHICULO LO CONducIRA: Beno O. Mendivils CON LICENCIA No. L260014037938 CON VENCIMIENTO 30/11/24

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)



ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL
CD. OBREGÓN, SONORA

[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