



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148785

FECHA: 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: BASUA GUEVARA VIANNEY

R.F.C. BAGV9508048U4

TEL:

PERIODO: 20/09/2023 A 20/09/2023

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:

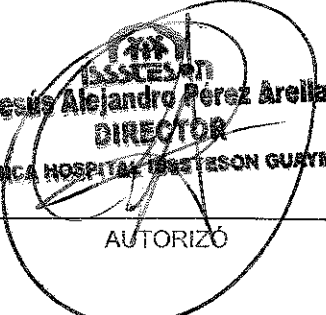
37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE CUEN LOPEZ JASVETH NAHOMI DE AF 14419211 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 09 DE SEPTIEMBRE 2023

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

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

BASUA GUEVARA VIANNEY
Vianney Basua
SOLICITÓ


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


ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

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



09 SEP. 2023 17:51

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

Virginia Lopez TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO, SONORA.

AVISO DE COMISION

09 09 23

c. Virginia Lopez Guaymas AFILIACION 17308501 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL _____

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: traslado de paciente a hermosillo

DURANTE 1 DIAS, DEL 09 DE Septiembre AL 09 DE Septiembre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente a Hospital I. Chavez

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 09 DE septiembre

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Moriega

CON LICENCIA No. L3000 RC 1076736 CON VENCIMIENTO 11/08/23

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: 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

MGSJ MARTHA VALENZUELA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALFONSO 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