



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148890

FECHA: 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MONICA YADIRA EVIA VAZQUEZ

R.F.C. EIVM830208MSRVZN

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 ACUDIR A CAPACITACION EN LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL 300.00


16% IVA 50.00

TOTAL 350.00

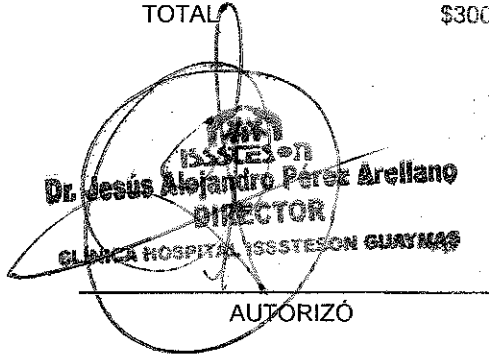
TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.


 MONICA YADIRA EVIA VAZQUEZ

SOLICITÓ


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

VALIDÓ


 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ



19 SEP 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. Dr. Monica Y. Eva Vazquez AFILIACION 142099 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Hospital PUESTO Encargada Archivo Clinico NIVEL 2-I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hemos-16. San.
DURANTE 1 DIAS, DEL 19 DE Septiembre 19 DE Septiembre DE 2023
MOTIVO DE LA COMISION: ACUDIR A CAPACITACION AL ARCHIVO DE CONCENTRACION

VEHICULO NISSAN DUBLAGAS DIA Y HORA DE RECEPCION 19-SEP-23 - 8:46 a. 16:53.
EL VEHICULO LO CONducIRA: Beno o Mendu / S. CON LICENCIA No. 126020103938 CON VENCIMIENTO 30-NOV-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 RECORDER 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.)

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

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

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

Monica Yadira Eva Vazquez
FIRMA DE CONFORMIDAD