



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

149078

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA

R.F.C. MACM521213F61

TEL:

PERIODO: 22/09/2023 A 22/09/2023

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 REUNION DE LA COMISION MIXTA DE REVISION DEL CUADRO BASICO INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS

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

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

Martin Enrique Marquez Cordova
MARTIN ENRIQUE MARQUEZ
CORDOVA

SOLICITÓ

[Handwritten Signature]

VALIDÓ

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

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

5 3 / 149078



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

AVISO DE COMISIÓN

21	09	2023
----	----	------

C. DR MARTIN ENRIQUE MARQUEZ CORDOVA AFILIACION 12772801 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS 65

UBICACIÓN Hosp. del PUESTO Sp. de mi. objo NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 01 DIAS, DEL 21 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: asistir a reunion de la comision mixta de revision del cuadro basico institucional de medicamentos.

EN VEHICULO NISAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCION 19 DE SEPTIEMBRE DE 2023,

EL VEHICULO LO CONducIRA BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO

CON LICENCIA No. L2600RC1037938

CON VENCIMIENTO 30/11/2024

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 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: \$ _____

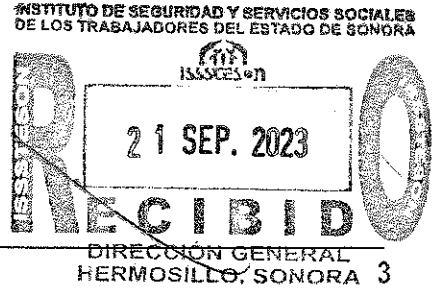
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (SON TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

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

Dr. Noel A. Ochoa Cole
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

Dr. Jesús A. Pérez Beltrán
DIRECTOR DEL HOSPITAL



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.

A TENTAMENTE Dr. Martin E. Marquez Cordova

[Signature] FIRMA DE CONFORMIDAD