



SOLICITUD VIÁTICOS:

149815

FECHA: 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DORAME TAVAREZ FRANCISCO GUADALUPE

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 28/09/2023 A 28/09/2023

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 PAC RAMON MARTINEZ FLORES DE AF 6290701, PARA ESTUDIO TAC EN SALUD POR IMAGEN EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE 2023

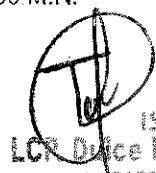
SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

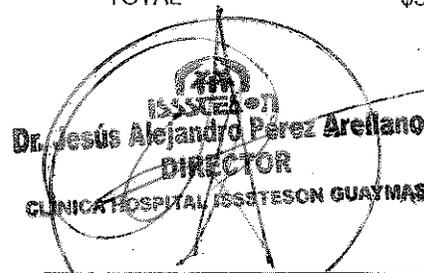
TOTAL \$300.00

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


DORAME TAVAREZ FRANCISCO
GUADALUPE
SOLICITÓ



LCR Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
VALIDÓ



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

RECIBIDO
28 SEP. 2023
SUE DIRECCION ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

SE 149815



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

AVISO DE COMISIÓN

28 09 2023

C. Francisco Ojeda Romo Jimenez AFILIACION 12028201 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 61

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HILLO SON.

DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE 09 AL 28 DE 09 DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: ESTUDIO TAC. TORAX SIMPLE.

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 28 DE SEP

11:00 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Christian Duarte

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

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: \$ **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 MARIANA VALDEZ VALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

FIRMA DE CONFORMIDAD