

SOLICITUD VIÁTICOS:

150070

FECHA: 02 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 02/10/2023 A 02/10/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

**OBSERVACIÓN:**

37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE GOMEZ DUARTE DENNIA GUADALUPE DE AFILIACION 15633311 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO EL DÍA 01 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

VILLASANA MARTINEZ VICTOR DANIEL

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

RECIBIDO  
 01 OCT. 2023  
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
 GUAYMAS, SONORA.

SK 150070



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

AVISO DE COMISION

01 OCT 23

c. Victor Daniel Villegas Mte AFILIACION 15257401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 41

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Traslado

DURANTE 01 DIAS, DEL 01 DE 2023 AL 01 DE OCT DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 01 DE OCTUBRE

18:15 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA

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 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



MIGUEL ANGELO VAZQUEZ Valdez JEFERA DEL DEPARTAMENTO CLINICA HOSPITAL ISSSTESON

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 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