



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150071

FECHA: 02 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

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.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

SUBTOTAL

\$300.00

OBSERVACIÓN: #37502 SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE GOMEZ DUARTE A HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100.MTN.

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

SOLICITÓ

LPR Dulce Irene Jimenez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arcecano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECORRIDO POR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

03 OCT. 2023

RECIBIDO



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

01	10	2023
----	----	------

AVISO DE COMISION

C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
 UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA
 DURANTE 1 DIAS, DEL 01 DE OCTUBRE AL 01 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE C. GOMEZ DUARTE DENIA A HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCION 01 DE OCTUBRE DEL 2023
 EL VEHICULO LO CONDUCIRA JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

CON LICENCIA No. L2600RC1049629 CON VENCIMIENTO 14/08/2027
 ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ DIAS IMPORTE VIATICOS \$

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 \$ _____

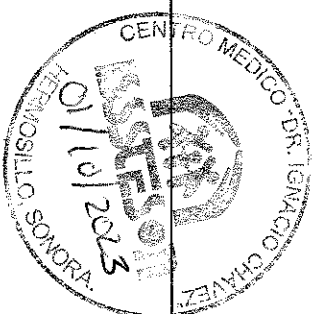
AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

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

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 27502



ING. JORGE A MARTINEZ CORTIZ L.C.P. DULCET JIMENEZ VILLA DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
 JEFE DEL DEPARTAMENTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA ET.

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

FIRMA DE CONFORMIDAD