



SOLICITUD VIÁTICOS:

150203

FECHA: 03 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ TAPIA OSCAR JAVIER

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 03/10/2023 A 03/10/2023

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 PACIENTE HERNANDEZ ZAYAS MANUELA DE AFILIACION 8887708 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 02 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00


TOTAL

\$300.00

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


  
GONZALEZ TAPIA OSCAR JAVIER


SOLICITÓ


  
ISSSTESON  
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ


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

AUTORIZÓ


  
RECIBIDO  
03 OCT. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA.

SE 150203



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

AVISO DE COMISION

02 Oct 23

c. Oscar Javier Gomez Tapia AFILIACION 8409801 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: traslado Pac a Hilo DURANTE 1 DIAS, DEL 2 DE Oct AL 2 DE Oct DE 2023 MOTIVO DE LA COMISION: llevar puente a estudio.

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 02 DE Oct -

11:30 HRS

EL VEHICULO LO CONDICARA Beas Mendivil

CON LICENCIA No. L260012C1037938 CON VENCIMIENTO 30/11/24

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 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 LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGS. Maritz Valdez Valdez Jefa de Departamento

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

Salud por Imagen Digital logo and address: Dr. Paliza #93, Col. Prados del Centenario C.P. 83260, Hermosillo, Sonora. Tels. 662 13593 38 y 662 198 58 28

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