



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150608

FECHA: 06 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: SILVESTRE LOPEZ MARIA GUADALUPE

R.F.C. SILG9511158J5

TEL:

PERIODO: 06/10/2023 A 06/10/2023

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

OBSERVACIÓN:

37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE FLORES COTA MARIA ANTONIETA DE AF 12055601 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 05 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

*Maria Gupe
Silvestre Lopez*

SILVESTRE LOPEZ MARIA
GUADALUPE

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
06 OCT. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



se 150608

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

AVISO DE COMISION

05 OCT 23

C. Maria Gpe Silvestre Lopez AFILIACION _____ AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION _____ HOSPITALIZACION _____ PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 3T

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 05 DE oct AL 05 DE oct DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: traslado de paciente al hospital Chavez

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 05 DE oct

16:30 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Eduardo Gonzalez

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 RECORER _____ 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 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGSI. Marlen Valdez Valdez
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA HOSPITAL DE ESTEREO GUAYMAS
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE IRINE 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

Maria Gpe Silvestre Lopez
FIRMA DE CONFORMIDAD

ISSSTES-07 CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ" VIGENCIA

05 OCT. 2023

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO. SONORA.