



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150609

FECHA: 06 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MURILLO MEZA ABIGAIL

R.F.C.:

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 A LA CD DE HERMOSILLO AL HOSPITAL CHAVEZ EL DIA 06 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

MURILLO MEZA ABIGAIL

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
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

AVISO DE COMISION

06 Octubre 2023

c. Abigail Monillo Meza AFILIACION 1276044 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 3A

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 6 DE octubre AL 6 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: cita en Hermosillo a la paciente Flores Cota M.

Antonieta EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 6 DE octubre

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Christian Ivan Duarte Valles.

CON LICENCIA No. L 3000C1112464 CON VENCIMIENTO 14-08-2025

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**

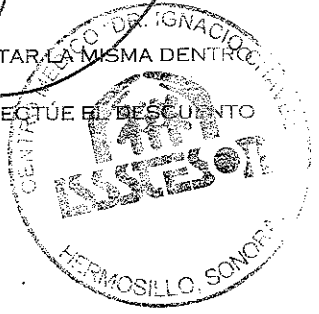
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$ **300.00** (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

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

MGSI
Maribel Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
JEFE DE CLINICA HOSPITAL
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

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

Abigail Monillo Meza
FIRMA DE CONFORMIDAD