



SOLICITUD VIÁTICOS:

160885

FECHA: 09 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: KURI OBREGON SERGIO NOE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/10/2023 A 09/10/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTE SON 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 JAMES SANCHEZ LUCIA DE AF 1900502, PARA ESTUDIO TAC EN EL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 06 DE OCTUBRE 2023

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

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

KURI OBREGON SERGIO NOE  
  
 SOLICITÓ

Dr. Dulce Irene Jiménez Villa  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTE SON GUAYMAS

Dr. Jesús Abielino Pérez Acollano  
 DIRECTOR  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTE SON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO  
 09 OCT. 2023  
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTE SON GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISION  
12140601

06 10 2023

Secio Noé Kai Obregon AFIILIACION 19005 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACION HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7 B

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

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

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente al Centomedico Di. Ignacio Chavez

17:00 HRS EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 6 DE Octubre

17:00 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Edicido Gonzalez

1468123

CON LICENCIA No. 030000001076892

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 \$

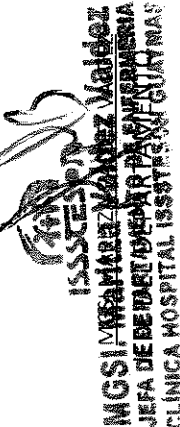
AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300.00

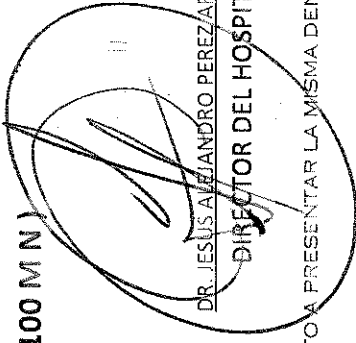
RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 ( TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N )

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03



L.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.

[Signature]

ATENTAMENTE

FIRMA DE CONFORMIDAD