



SOLICITUD VIÁTICOS: 150699

FECHA: 09 DE OCTUBRE DEL 2023
DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO
R.F.C.
TEL:
PERIODO: 09/10/2023 A 09/10/2023
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 COMO CHOFER DE APOYO A LA CD HERMOSILLO SONORA
SUBTOTAL \$300.00
16% IVA \$0.00
TOTAL \$300.00

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

NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

ISSSTESON

C.F. Dulce Irene Jimenez Villa
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
UNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

ISSSTESON
Dr. Cesar Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR GENERAL
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

SOLICITÓ

VALIDÓ



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

07 10 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 4 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 07 DE OCTUBRE AL 07 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR DE PACIENTE EN APOYO SECRETARIA

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 598136 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 07 DE OCTUBRE DE 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: \$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 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 37502

J.C.
ING. JORGE A MARTINEZ GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

J.R.
DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS.
EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO
DEL PLAZO MENCIONADO.

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

ATENTAMENTE C. JOSE ALFREDO NORIEGA MEDINA

FIRMA DE CONFORMIDAD

