



SOLICITUD VIÁTICOS: 150717

FECHA: 09 DE OCTUBRE DEL 2023  
DEUDOR: MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH  
R.F.C. MEBC7705079N1  
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 PARA ACUDIR A CD HERMOSILLO SONORA PARA AGENDAR CITAS FORANEAS  
SUBTOTAL \$300.00  
16% IVA \$0.00  
TOTAL \$300.00

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

MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH  
SOLICITÓ

CD Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

DR. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
COORDINADOR  
AUTORIZÓ

16 OCT. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL SONORA  
GUAYMAS, SONORA



AVISO DE COMISIÓN

06 09 2023

C. L.T.S. CLAUDIA LIZETH MENDOZA BACASEGUA AFILIACION HOSPITAL AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACIÓN HOSPITAL PUESTO ENCARGADA TRABAJO SOCIAL NIVEL 31

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 06 DE SEPTIEMBRE AL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: PARA ACUDIR A DEPARTAMENTO CITAS FORANEAS PARA AGENDAR CITAS DE TERCER

NIVEL EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ Y CIAS SUR

VEHICULO Mitsubishi PLACAS 2202 DIA Y HORA DE RECEPCION 06-SEP-23 8:00 a 14:00 hrs.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: C. Brena o Mendivil Soto

CON LICENCIA No. L260000163938 CON VENCIMIENTO 30-NOV-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 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: \$

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

DR. ROEL ANTONIO OCHOA COTA  
SUBDIRECTOR MEDICO

C.P. DULCE IRATE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDE DE 72 HORAS  
EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL  
DEL PLAZO MENCIONADO.  
ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO  
CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E L.T.S. CLAUDIA LIZETH MENDOZA BACASEGUA

FIRMA DE CONFORMIDAD

