



SOLICITUD VIÁTICOS:

150737

FECHA: 09 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. MEBC7705079N1

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

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

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

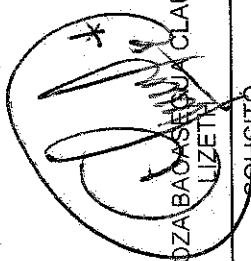
16% IVA


\$0.00

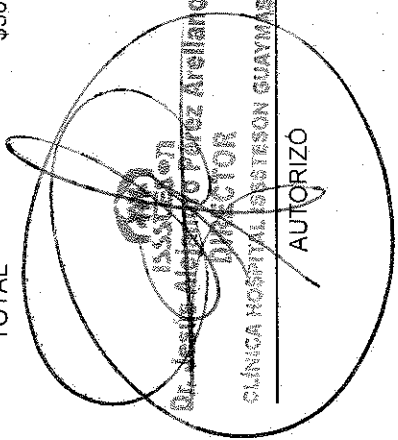
TOTAL

\$300.00

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


 MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH
 SOLICITO


 LORNE JIMÉNEZ VILL
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 VALIDO


 DR. JESÚS ALBERTO PÉREZ AVILA
 DIRECTOR
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZO

RECIBIDO
 16 OCT. 2023
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



SE 150732

29 SEP 23

AVISO DE COMISIÓN

C. rs. claudia L. Mendez AFILIACION 4800001 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN trabajo social encargada trabajo social NIVEL 3 I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hermesillo Soa
DURANTE 1 DIAS, DEL 29 DE Septiembre 29 DE Septiembre 2023
MOTIVO DE LA COMISION: para Realizar tramites de citas Farmas
y estudios de ultrasonidos en Hosp. tel. Dr. Ignacio Chaez
y CIAS sul

VEHICULO Misra Tatu PLACAS vez 2222 DIA Y HORA DE RECEPCION 29-sep-23/10:00 a 16:30hrs.
EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Breno P. Mendez CON LICENCIA No. 1260001052722 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 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 MIN)

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR CLINICO

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 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 CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO
CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE _____

FIRMA DE CONFORMIDAD