



SOLICITUD VIÁTICOS: 150907

FECHA: 11 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: KURI OBREGON SERGIO NOE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/10/2023 A 11/10/2023

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:

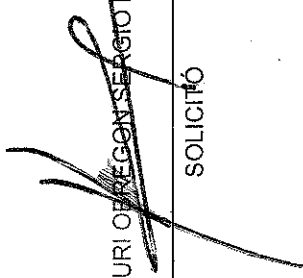
37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE ROBLES DE QUINTERO FRANCISCA DE AF 7424961, PARA ESTUDIO TAC EN EL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 10 DE OCTUBRE 2023


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

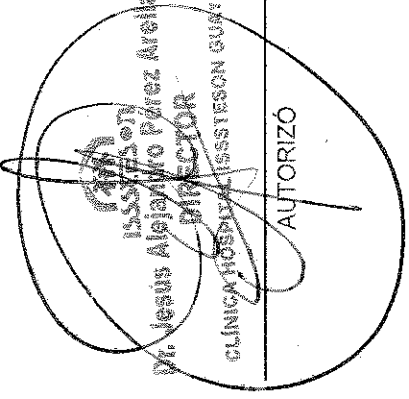
SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00


 KURI OBREGON SERGIO NOE
 SOLICITÓ


 LCP. Juice Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS


 Dr. Jesus Alberto Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZÓ

RECIBIDO
 11 OCT. 2023
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON
 GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISIÓN

10 10 03

UBICACIÓN Sanjo Noé Kuri O. HOSPITALIZACIÓN AFILIACION 12140601 AREA DE ADSCRIPCIÓN HOSPITAL GUAYMAS
PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7-B

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE octubre AL 10 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente a TAC de craneo

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Edwilda Gonzalez

CON LICENCIA No. 63000121076892 CON VENCIMIENTO 14/08/23

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

MCSM Edwilda Gonzalez Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CLINICA HOSPITAL ASISTENCIAL GUAYMAS

L.C.P. DULCEBENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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.

A T E N T A M E N T E

FIRMA DE CONFORMIDAD