



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150946

FECHA: 11 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GAMBOA GARCIA SILVIA NAYHELI

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 QUE ACUDA A REALIZAR TRAMITE / INFORMACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION EN LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

GAMBOA GARCIA SILVIA NAYHELI

SOLICITÓ

ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro López Afellano
SUBDIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO

17 OCT. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



150946
 10:08hrs
 10/10/23
 RECIBIDO
 CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHAVEZ
 BANCO DE SANGRE
 10 10 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Dr. Silvia Nayheli García AFILIACION 12109601 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
 UBICACIÓN Sev. Transfusión PUESTO Medico NIVEL 8-C
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. Hemavilla, Sandra
 DURANTE 1 DIAS, DEL 10 DE Octubre AL - DE - DE 2023
 MOTIVO DE LA COMISION: Trámite / Información de documentos
Licencia Sanitaria Servicio
transfusión

VEHICULO Vagoneta PLACAS Vux 1884 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 10-OCT-2023 07:30
 EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Silvia Nayheli García CON LICENCIA No. 13000221087821 CON VENCIMIENTO 31-09-24
 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. 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 CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

Nayheli García García
 FIRMA DE CONFORMIDAD