



SOLICITUD VIÁTICOS:

151229

FECHA: 15 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: NORIEGA MEDINA JOSE ALFREDO

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 15/10/2023 A 15/10/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE A LA CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

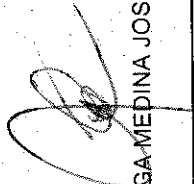
16% IVA


\$0.00

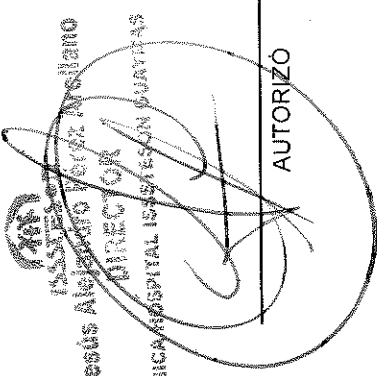
TOTAL

\$300.00

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


 NORIEGA-MEDINA JOSE ALFREDO
 SOLICITÓ


 LCP. Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS


 Dr. Jesús Alejandro Pérez Melgarejo
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDO

AUTORIZO



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

AVISO DE COMISIÓN

15 10 2023

C. J. ALFREDO VILLALBA M. AFILIACION 8416301 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL AI

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 15 DE OCT AL 15 DE OCT DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA A CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL DE IGNACIO CHAVEZ A US CD DE HIJO. SOM. NVA. ALVAREZ 12477602 NOMBRE PASAJES: MUNOZ REYES

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCION

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. J. ALFREDO VILLALBA M

CON LICENCIA No. L 26 00 de 104 96 25 CON VENCIMIENTO 14/08/2024 ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$300.00 7:20 AM 14:40 PM

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

ING. JORGE A. MARTINEZ VILLALBA L.C.P. DULCE MARTINEZ VILLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

Signature of Director of Hospital: DR. JESUS A. PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL. Stamp: CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REFERENCIA EN NEUMOLOGIA Y ENFISMA DENTRO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA. HERMOSILLO, SONORA. CHAVEZ

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 CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E C.