



SOLICITUD VIÁTICOS:

151309

FECHA: 16 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: CUEN ORTIZ FRANCISCO MARTIN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 16/10/2023 A 16/10/2023

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 MOTA CALDERON SANDRA PAULINA DE AF 18234708, AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 12 DE OCTUBRE 2023

SUBTOTAL \$300.00
16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

ISSSTESON

LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
SUE DIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

ISSSTESON
Dr. Jesús Alcántara Pérez Arellano
DIRECCIÓN
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

CUEN ORTIZ FRANCISCO MARTIN

SOLICITÓ

VALIDÓ

AUTORIZÓ

RECEBIDO
17 OCT. 2023
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON
GUAYMAS, SONORA



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

SE 151309

AVISO DE COMISIÓN

18 10 23

Yanira Norberto Amador

AFFILIACION 2093 del AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 61

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE octubre AL 12 DE octubre DE 2023.

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado a 2er nivel al paciente Nota Calderon Sand

Barbina EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 17 DE octubre del

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Christian Duarte Valle

CON LICENCIA No. L3006R2-11124164 CON VENCIMIENTO 12-12-2024

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: \$ 300.00

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

CON CARGO A LA ~~PARTE~~ PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

DR. JESUS ALFIANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

MGS. Maritza Valdez Valdez
JEFE DE AREA DE ENFERMERIA
Jefe de Departamento de Guaymas
JEFE DEL DEPARTAMENTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.
ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESGASTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

17 OCT. 2023

A T E N T A M E N T E

Yanira Norberto Amador

FIRMA DE CONFORMIDAD

TRABAJO SOCIAL RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO, SONORA.