



SOLICITUD VIÁTICOS:

151315

FECHA: 16 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: SILVESTRE LOPEZ MARIA GUADALUPE

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. SILG9511158J5

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

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

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502, SE COMISIONA PARA TRASLADO DE PACIENTE FELIX MENDOZA FRANCISCA ISABEL A DE AF 8432608, A ESTUDIO DE TAC EN SALUD POR IMAGEN EN LA CD DE HERMISILLO EL DIA 11 DE OCTUBRE 2023

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

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

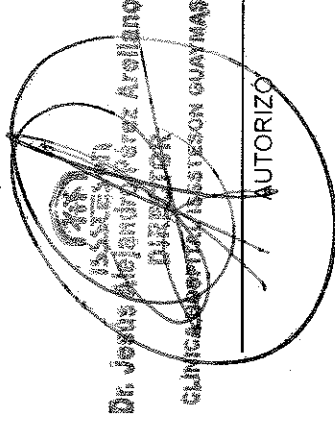
Maria Guadalupe
Silvestre Lopez
GUADALUPE

SOLICITÓ



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

VALIDO



Dr. Jesús Alejandro Pérez Arriano
Médico
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZO

RECIBIDO
17 OCT 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA
17 OCT. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



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

SE 151315

AVISO DE COMISIÓN

11 | 10 | 28

C. Maritza Sastre López AFILIACION 1710501 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 3T

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 11 DE Oct AL 11 DE Oct DE _____

MOTIVO DE LA COMISION: Imagografía

_____ EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____ DE _____

HRS _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Eduardo

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

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

ISSSTE
MCSL. Maritza Valdez Valdez
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CLINICA DEL DEPARTAMENTO

(Signature)

L.C.P. DULCE RENE JIMENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

(Signature)
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 ~~Salida~~ **Salida** por el descuento **Imagen Digital** *Image & Lab*

Maritza Sastre López
S. Sastre López

A T E N T A M E N T E

FIRMA DE CONFORMIDAD

Calidez y Servicio a tu Cuidado
Salud por Imagen Digital S.A. de C.V.

R.F.C: SID190710K67

Dr. Paliza #93, Col. Prados del Centenario CP. 83260,
Hermosillo, Sonora. Tels. 662 13503 38 y 662 198 58 28