



SOLICITUD VIÁTICOS: 151322

FECHA: 16 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: ORTIZ MURILLO LUCINA

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 MUÑOZ REYES MARTINA DE AF 12477602, AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 15 DE OCTUBRE 2023

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

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

[Signature]
 ORTIZ MURILLO LUCINA

[Signature]
 ISSSTESON

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

[Signature]
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Nollano
 DIRECTOR
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

SOLICITÓ VALIDÓ

[Signature]
 19 OCT. 2023
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS, SONORA.



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

SE 151322

AVISO DE COMISIÓN

15 Octubre 2023

c. Lucina Ortiz Muñillo AFIILIACION 104q1101 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL GI

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

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

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de pcte clorox ca mama el día quoterapia

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Alfredo Noriega

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 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 PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

MGSI Lucina Ortiz Muñillo
JEFA DE DEPARTAMENTO DE COMPROBACION
CENTRO MEDICO DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA

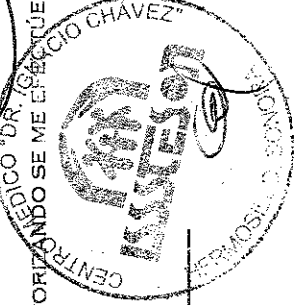
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO

DIRECTOR DEL HOSPITAL

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 EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.



ATENTAMENTE

FIRMA DE CONFORMIDAD