



SOLICITUD VIÁTICOS: 151795

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH

R.F.C. MEBC7705079N1

TEL:

PERIODO: 19/10/2023 A 19/10/2023

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:**

37,502 SE COMISIONA PARA ACUDIR A PROGRAMACION DE CITAS EN LA CD HERMOSILLO SONORA 16% IVA \$0.00

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

SUBTOTAL \$300.00  
16% IVA \$0.00  
TOTAL \$300.00

MENDOZA BACASEGUA CLAUDIA LIZETH

SÓLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
QUIRÓFANO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO  
24 OCT. 2023  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS, SONORA



17 OCT 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Claudia L. Mendoza B AFILIACION 4000201 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN Trabajo social PUESTO en cargo de Trabajo social NIVEL 3-I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: CD. HERNANDEZ, ILO SONORA.
DURANTE 1 DIAS, DEL 17 DE OCT AL 17 DE OCT DE 2023
MOTIVO DE LA COMISION: agendar citas taranea al servicio
de radiología e imagen en CIAS SUR y Hospital I Chavez.

VEHICULO Range r PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 17-oct-2023 a 9:00-15:25 h
EL VEHICULO LO CONDUCIRA Francisco Evans D 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 17 oct FECHA REGRESO 17 oct

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300

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

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

FIRMA DE CONFORMIDAD