



SOLICITUD VIÁTICOS: 152870

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. AACM861123495

VIÁTICO:

TEL:

NO. DÍAS: 0

PERIODO: 30/10/2023 A 29/10/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502, SE COMISIONA PARA TRASALDO DE PACIENTE ALVAREZ HERNANDEZ BERTA OFELIA DE AF 1807208 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 28 DE OCTUBRE 2023

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 MN.

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

Jose Maria Antonia Alfaro Corrales
 JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 VALIDO

Dr. Jesus Alejandro Perez Arellano
 Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

RECIBIDO
 30 OCT. 2023
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA.



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

SE 152870

28 Oct. 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CARRILLO AFILIACION 12371401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4E

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE Oct. AL 28 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Prontuário.

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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA 28.10.23 FECHA REGRESO 28.10.23

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

M. G. SIMANIZ VALEZ VALDEZ
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

L.C.P. DULCE IRENÉ JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

HERNANDEZ SANCHEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL
JESUS MARIA DE 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 ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

Alfaro Carrillo
FIRMA DE CONFORMIDAD

ATENTAMENTE