

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

H. NOGALES, SONORA 11 DE MARZO DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado por necesidad del servicio para el traslado de la paciente, **NITZIA ARACELI GASTELUM ROMERO** Con número de afiliación **8311602**. Por requerir ESTUDIO (CPRE) EN EL HOSPITAL SAN JOSE de Hermosillo, Sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

**ATENTAMENTE**

**C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS**

**PARAMEDICO**

**11 DE MARZO DEL 2021**

**AVISO DE COMISION**

08	03	21
----	----	----

C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS AFILIACION 15155501 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCION  
 UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO PARAMEDICO NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
 DURANTE 1 DIA, DEL 09 MARZO AL 09 MARZO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO	1	TRASLADO DEL PACIENTE NITZIA ARACELI GASTELUM ROMERO AFIL. 8311602 A ESTUDIO (CPRE) HOSPITAL JAN SOSE HERMOSILLO SONORA	700.00

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ\_ AUTOBUS \_\_\_\_\_

CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ **J.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ IMPORTE VIATICOS \_\_\_\_\_

**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 \$ \_\_\_\_\_

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: \$ \_\_\_\_\_

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA**  
DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG

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 INCLUIR EN MI INFORME GASTOS QUE NO FUERON AUTORIZADOS POR EL COMITENTE, AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.  
 A T E N T A M E N T E

C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS  
FIRMA DE CONFORMIDAD

**HOSPITAL SAN JOSE DE HERMOSILLO**  
S.A. DE C.V.

BLVD MORELOS 340 COL. BACHOCO  
TEL. (662) 109 05 00

**URGENCIAS**



HERMOSILLO



ELABORO: ARAQ.

**AVISO DE COMISION**

08	03	21
----	----	----

C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS AFILIACION 15155501 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCION  
 UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO PARAMEDICO NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
 DURANTE 1 DIA, DEL 09 MARZO AL 09 MARZO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO	1	TRASLADO DEL PACIENTE NITZIA ARACELI GASTELUM ROMERO AFIL. 8311602 A ESTUDIO (CPRE) HOSPITAL JAN SOSE HERMOSILLO SONORA	700.00

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_  
 EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ\_ AUTOBUS \_\_\_\_\_  
 CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

I.- SOLICITUD DE VIATICOS:  
 ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  
 CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ IMPORTE VIATICOS \_\_\_\_\_

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ X \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASITAS:

No. DE CASITAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_  
 No. DE CASITAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_ IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO \_\_\_\_\_ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_  
 AREAS: ITINERARIO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ \_\_\_\_\_  
 RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$700.00 (SON: SETESCIENTOS PESOS 00/100 M N)  
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA**  
 DIRECTOR CLINICA HOSPITAL NOG

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

C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS  
 FIRMA DE CONFORMIDAD



**HOSPITAL SAN JOSE DE HERMOSILLO**  
 S.A. DE C.V.  
 BLVD. MORELOS 340 COL. BACHOCO  
 TEL. (662) 109 05 00  
**URGENCIAS**

HERMOSILLO

ELABORO: ARA