



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153219

FECHA: 01 DE NOVIEMBRE DEL 2023
 DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO
 R.F.C.
 TEL:
 PERIODO: 01/11/2023 A 01/11/2023

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 COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE MUÑOZ REYES CON NUMERO DE AFILIACION 12477602 PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

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

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



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

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CED. PROF. 7905016 SSA 162/12
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

MATA GARCIA BERNARDO

SOLICITÓ

RECIBIDO
 13 NOV. 2023
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA



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

SE 153-219

30 FECHA 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Bernardo Mata Garcia AFILIACION 14506901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 21

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 30 DE Octubre AL 30 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO Chofer para traslado de paciente al hospital Chavez de Hermosillo para realizar TAC Muñoz Reyes Martina Alejandra

EN VEHICULO RAM PRO MASTER PLACAS VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 30/10 octubre/2023

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA c. Bernardo Mata Garcia

CON LICENCIA No. L3000RC1117088 CON VENCIMIENTO 28/02/2025

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: \$ _____

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

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

ING. JORGE A. MARTINEZ MORTENZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE I. SIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL



30 OCT. 2023

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION
HERMOSILLO, SONORA.

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. Bernardo Mata G.

FIRMA DE CONFORMIDAD