



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153223

FECHA: 01 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

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 PERSONAL DE LTS. ARIEL ROMERO REY AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ Y A CIAS SUR A TRAMITAR CITAS DE ULTRASONIDO YA QUE NO SE CUENTA CON RADIOLOGO EN ESTA CLINICA HOSPITAL GUAYMAS

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ



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

VALIDÓ

ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CED. PROF. 7805046 SSA 162/12
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
13 NOV. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA

SE 153223



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

31 DE OCTUBRE DE 2023

AVISO DE COMISION

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS AFILIACION 6051901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA DURANTE 01 DIAS, DEL 31 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA LLEVAR PERSONAL DE LTS. ARIEL ROMERO REY A TRAMITAR CITAS DE ULTRASONIDOS POR NO CONTAR CON MEDICO RADIOLOGO CIAS SUR Y CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCION 31 DE OCTUBRE DE 2023 EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CON LICENCIA No. L3000RC1124135 CON VENCIMIENTO 14/08/2025

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

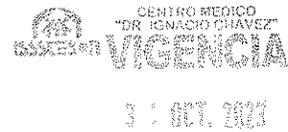
II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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 (SON TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

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

ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ COTEZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TERMINO DE MI COMISION, DEBERE PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. 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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

A T E N T A M E N T E C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

FIRMA DE CONFORMIDAD