



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

153929

FECHA: 09 DE NOVIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/11/2023 A 09/11/2023

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 COMISION COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE GUILLEN CARRERAS PABLO CON NUMERO DE AFILIACION 6468102 PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

MATA GARCIA BERNARDO
Bernardo Mata G
SOLICITÓ

[Signature]
ISSSTESON
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
VALIDÓ

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CEL. PROF. 609904 SSA 162/12
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

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

SE 133929



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

08 11 2023

AVISO DE COMISION

C. BERNARDO MATA GARCIA AFILIACION 14506901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 21

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA
DURANTE 01 DIAS, DEL 08 DE NOVIEMBRE AL 08 NOVIEMBRE DEL 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE GUILLEN CARRERAS PABLO CON NUMERO DE AFILIACION 6468102 PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACA VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCION _____

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA 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 \$ _____

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ" VIGENCIA
CSC
08 NOV. 2023
22:05.

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____ TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACION HERMOSILLO SONORA.

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

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

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.A.P. DULCE LUMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

M.C. JESUS A. PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ 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.

ATENTAMENTE Bernardo Mata G.
C. BERNARDO MATA GARCIA

FIRMA DE CONFORMIDAD