



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150941

FECHA: 11 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/10/2023 A 10/10/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO:

NO. DÍAS: 0

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA COMO CHIFER DE APOYO PARA TRASLADO DE PACIENTE A HERMOSILLO SONORA

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



LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
VALIDO

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZO

RECIBIDO

18 OCT. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

5-C 150941



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

09 | 10 | 23

AVISO DE COMISIÓN

c. Bernardo Mata G. 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: HERMOSILLO, SONORA

DURANTE 1 DIAS, DEL 9 DE octubre AL 9 DE octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Se comisiona como chofer de apoyo para traslado de paciente RN Gonzalez Aguilera al hospital Infantil del Estado para su atencion medica

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCION 09/10/23

EL VEHICULO LO CONDUCIRA c. Bernardo Mata Garcia

CON LICENCIA No. L3000 RC1117088 CON VENCIMIENTO 28/02/25

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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

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 : \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE MIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO



DR. JESUS A. PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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.

Bernardo Mata G.