



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157021

FECHA: 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 07/12/2023 A 07/12/2023

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 LIZARRAGA ZATARIAN HERIBERTO TOMAS CON NUMERO DE AFILIACION 3155202 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA AL 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.

MATA GARCIA BERNARDO
Bernardo Mata G.
SOLICITÓ

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

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

RECIBIDO
14 DIC. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

05 12 2023

AVISO DE COMISIÓN

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

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **05** DE **DICIEMBRE** AL **05** **DICIEMBRE** DEL **2023**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE LARRAGA ZATARAIN HERIBERTO TOMAS CON NUMERO DE AFILIACION 3155202 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.**

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

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 RECORDER 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 N**)

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.A.P. DULCE I. JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

M.C. 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.

ATENTAMENTE **Bernardo Matag.**
C. BERNARDO MATA GARCIA

FIRMA DE CONFORMIDAD