



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157023

FECHA: 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. RORF940921L17

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

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

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 RECEPCION DE MEDICAMENTOS EN ALMACEN GENERAL DE ISSSTESON

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

SOLICITÓ

ISSSTESON
 LCR Dulce Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

ISSSTESON
 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

SE 157023



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

06 12 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ AFILIACION 16841001 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 06 DE DICIEMBRE AL 06 DE DICIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA RECEPCION DE MEDICAMENTOS AL ALMACEN GENERAL DE ISSSTESON

EN VEHICULO FORD RANGER PLACAS VC48152 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

CON LICENCIA No. L2600RC1049192

CON VENCIMIENTO 12/07/2025

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS IMPORTE VIATICOS \$300.00

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINOS \$ DIAS: IMPORTE DE VIATICOS \$

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 \$

No. DE CASSETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

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

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

ING. JORGE A. MARTINEZ BORTIZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE JAVIENEZ VILLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO 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 C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ