



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157265

FECHA: 11 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/12/2023 A 11/12/2023

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 LLEVAR DOCUMENTACION IMPORTANTE DE LA CLINICA ISSSTESON GUAYMAS A LAS OFICINAS CENTRALES EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

SOLICITÓ

LCP Dulce Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Perez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

14 DIC. 2023
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 CLINICA HOSPITAL QUAYMAS
 QUAYMAS, SONORA.



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

~~157003~~ GE 157265

AVISO DE COMISIÓN

07	12	2023
----	----	------

C. CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES AFILIACION 15520901 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 1 DIAS, DEL 07 DE DICIEMBRE AL 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA LLEVAR DOCUMENTACION IMPORTANTE DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A LAS OFICINAS CENTRALES, DE ISSSTESON EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA

EN VEHICULO FORD RANGER PLACAS VC48152 Y HORA DE RECEPCIÓN 07 DE DICIEMBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES

11:40-1506

CON LICENCIA No. L3000RC1112464

CON VENCIMIENTO 12/12/2024

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220.00

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: \$ 220.00 (DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M/N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ 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.

ATENTAMENTE C. CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES

FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
07 DIC. 2023
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL