

SOLICITUD VIÁTICOS:

157801

FECHA: 15 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 15/12/2023 A 15/12/2023

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 A OFICINAS GENERALES EN LA CIUDAD 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. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZÓ


 15 DIC 2023
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA.



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

14	12	2023
----	----	------

AVISO DE COMISIÓN

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 14 DIAS, DEL 14 DE DICIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS PARA LLEVAR DOCUMENTACIÓN A OFICINAS GENERALES EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA

EN VEHICULO FORD RANGER PLACAS VC 18152 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 14 DICIEMBRE DEL 2023.
EL VEHICULO LO CONDUCIRA CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES

CON LICENCIA L3000NC1076 CON VENCIMIENTO 12 CIEMBRE DEL 2024

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

14 DIC. 2023
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: 2 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 (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. PÉREZ 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