



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

147682

FECHA: 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GARCIA ROBINSON JESUS EUNICE

R.F.C. GARJ900322HB7

TEL:

PERIODO: 11/09/2023 A 11/09/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$400.00	\$400.00

OBSERVACIÓN:

37502 ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA PARA ACUDIR A REUNION DE IMPORTANCIA A OFICINAS CENTRALES EL DIA 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2023.

SUBTOTAL \$400.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$400.00

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

Emilia Garcia R.
GARCIA ROBINSON JESUS EUNICE

SOLICITÓ

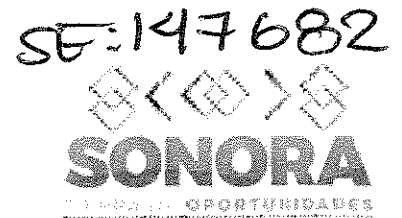
ISSSTESON
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

RECIBIDO
11 SEP. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



AVISO DE COMISION
07 DE SEPTIEMBRE 2023

C. LIC. JESUS EUNICE GARCIA ROBINSON AFILIACION 15975301 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN RECURSOS HUMANOS PUESTO JEFE DEL DEPARTAMENTO NIVEL 9-I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A HERMOSILLO SONORA.

DURANTE 1 DIAS, DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 07 DE SEPTIEMBRE

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA A TRATAR ASUNTOS RELACIONADOS CON EL DEPARTAMENTO.

EN VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ2702 DIA Y HORA DE RECEPCION 07 DE SEPTIEMBRE 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: _____

CON LICENCIA No _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 400.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 400.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE : \$400.00 (CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M N)

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

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA
JEFE DEL DEPARTAMENTO

LCP. DULCE IRENE JIMENEZ 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

Eunice Garcia R

FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
07 SEP. 2023
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
AUTV
UAC