



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

SOLICITUD VIÁTICOS: 148604

FECHA: 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 19/09/2023 A 19/09/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE SOLIS SANTOS CON NUMERO DE AFILIACION 8412301 PARA SER ATENDIDA EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$300.00

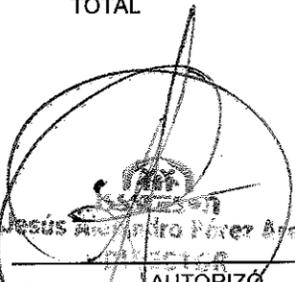
16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N

  
GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO  
SOLICITÓ

  
ISSSTESON  
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
VALIDÓ

  
ISSSTESON  
Dr. Jesús Alejandro Pérez Ayllán,  
DIRECTOR  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON  
AUTORIZÓ

RECIBIDO  
28 SEP. 2023  
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA



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

18 09 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS AFILIACION 6051901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 4I

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

DURANTE 01 DIAS, DEL 18 DE SEPTIEMBRE AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE SOLIS SANTOS, CON AFILIACION 8412301, PARA SER ATENDIDA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 18 DE SEPTIEMBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CON LICENCIA No. L3000RC1076892 CON VENCIMIENTO 14/08/2023

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ \_\_\_\_\_

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ X \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. **SOLICITUD DE CASETAS:**

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

C. **PASAJES:**

TERRESTRES: HERMOSILLO \_\_\_\_\_ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ \_\_\_\_\_

AREAS: ITINERARIO \_\_\_\_\_

FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_

C. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ \_\_\_\_\_

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

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

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. EN CASO DE ABER 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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

FIRMA DE CONFORMIDAD

18 230