



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

SOLICITUD VIÁTICOS: 149096

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 22/09/2023 A 22/09/2023

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

#37502 SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE MERCADO REYMUNDO CON NUMERO DE AFILIACION 2031502 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

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
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
28 SEP. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



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

19 09 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES AFILIACION 15520901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 2.I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 19 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA LLEVAR PACIENTE MERCADO REYMUNDO CON AFILIACION 2031502, PARA QUE RECIBA ATENCION MEDICA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 19 DE SEPTIEMBRE DE 2023,

EL VEHICULO LO CONducIRA CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES

CON LICENCIA No. L3000RC1112464 CON VENCIMIENTO 12/12/2024

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 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: \$ 300.00 (TRESICENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

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

DR. JESUS A. PEREZ ARELLANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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 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.

A T E N T A M E N T E C. CHRISTIAN IVAN DUARTE VALLES

FIRMA DE CONFORMIDAD