



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

149868

FECHA: 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 28/09/2023 A 28/09/2023

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 RECEPCION DE PACIENTE LOPEZ SOTO GABRIEL CON NUMERO DE AFILIACION 12196411 DADO DE ALTA EN EL 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
LCA Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

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



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

28	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 28 DE SEPTIEMBRE AL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE LOPEZ SOTO GABRIEL, CON NÚMERO DE AFILIACIÓN 12196411 PARA TRASLADO DE ALTA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO SONORA A GUAYMAS SONORA.

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 28 DE SEPTIEMBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: 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 RECORER 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 CORTES
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

ISSSTESON VIGENCIA
20 SEP. 2023

TRABAJO SOCIAL-RECEPCION HOSPITALIZACIÓN
HERMOSILLO, SONORA.

FIRMA DE CONFORMIDAD