



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

149869

FECHA: 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: CORONADO GOMEZ JORGE LUIS

R.F.C. COGJ951216KYA

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 CAMILLERO 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.

Jorge Luis CG.

CORONADO GOMEZ JORGE LUIS

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
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 23

AVISO DE COMISIÓN

C. JORGE LUIS CORONADO GOMEZ AFILIACION 17232801 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CAMILLERO NIVEL 3I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA DURANTE 1 DIAS, DEL 28 DE SEPTIEMBRE AL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA PARA ACOMPAÑANTE DE CHOFER COMO APOYO DE CAMILLERO PARA ALTA DE PACIENTE LOPEZ SOTO GABRIEL, EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

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

EL VEHICULO LO CONDUJERA EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CON LICENCIA No. L3000RC1124135

CON VENCIMIENTO 14/08/2025

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 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

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

C. JORGE ARMANDO MARTINEZ C JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE 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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A TENTAMENTE C. JORGE LUIS CORONADO GOMEZ