



SOLICITUD VIÁTICOS:

150059

FECHA: 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 29/09/2023 A 29/09/2023

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 MEDICAMENTOS AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
03 OCT. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.



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

29 09 23

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 29 DE SEPTIEMBRE AL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA RECEPCION DE MEDICAMENTOS EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO NISSAN TSURU PLACAS WEZ 2707 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 29 DE AGOSTO DEL 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: 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 (TRES CIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

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

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

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 C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

FIRMA DE CONFORMIDAD

