

SOLICITUD VIÁTICOS:

150610

FECHA: 06 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 06/10/2023 A 06/10/2023

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 A CITA MEDICA MARIA ANTONIETA FLORES COTA CON NUMERO DE AFILIACION 12055601 AL CENTRO AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ



SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 MN.


 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO
 SOLICITÓ



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



 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
 AUTORIZO

RECIBIDO
 06 OCT. 2023
 SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
 CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
 GUAYMAS, SONORA.



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

05	10	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 05 DE OCTUBRE AL 05 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE PARA CITA MEDICA MARIA ANTONIETA FLORES COTA CON NUMERO 12055601 DE AFILIACION AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ DE HERMOSILLO SONORA

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59810 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 05 DE OCTUBRE DE 2023.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CON LICENCIA L3000RC112413 CON VENCIMIENTO 8/2025

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 CASETAS:**

No. DE CASETAS: _____ 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
ING. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ JEFE DEL DEPARTAMENTO
L.C.P. DULCE I. JIMENEZ MALLA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS A. 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.

ATENTAMENTE

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CENTRO MEDICO
ISSSTESON
VIGENCIA
05 OCT. 2023
TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN HOSPITALIZACIÓN
HERMOSILLO, SONORA.