



SOLICITUD VIÁTICOS:

151038

FECHA: 13 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

R.F.C.

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 13/10/2023 A 13/10/2023

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 MOTA CALDERON SANDRA PAULINA CON NUMERO DE AFILIACION 18234708 PARA QUE RECIBA ATENCION ESPECIALIZADA EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO

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

SUBTOTAL \$300.00
 16% IVA \$0.00
 TOTAL \$300.00

DUARTE VALLES CHRISTIAN IVAN

SOLICITÓ

VALIDÓ

E. Dulce Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Dr. Jesús Alvarado Pérez Argüello
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

18 OCT. 2023
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON
 GUAYMAS, SONORA

SE 151038



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

12	10	2023
----	----	------

AVISO DE COMISIÓN

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

UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 21

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE OCTUBRE AL 12 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE MOTA CALDERON SANDRA

PAULINA CON NUMERO DE AFILIACION 18234708 PARA QUE RECIBA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITAL DR. IGNACIO

CHAVEZ EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE59816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12 DE OCTUBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. 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 \$

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINOS \$ 300.00 DIAS: 1 IMPORTE DE 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 \$

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (SON TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES L.C.P. DULCE I. JIMENEZ VILLA
JEFE DEL DEPARTAMENTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO 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 CONTRAIDA 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

