



SOLICITUD VIÁTICOS:

151488

FECHA: 17 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 17/10/2023 A 17/10/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00


OBSERVACIÓN:

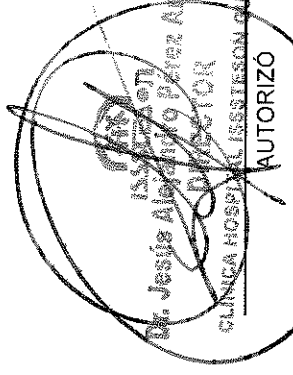
#37502 SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADO DE PACIENTE FOURCADE BRISEÑO VICTOR OSWALDO CON NUMERO DE AFILIACION 9742311 PARA TU ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

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

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



 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO


 LCP. Dulce Irene Jimenez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS


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

SOLICITÓ

VALIDÓ


 RECIBIDO
 18 OCT. 2023
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON
 GUAYMAS, SONORA



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

16	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 16 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE FOURCADE BRISEÑO

VICTOR OSWALDO CON NUMERO DE AFILIACION 9742311 A PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA AL CENTRO

MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ DE HERMOSILLO SONORA

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59810 DIA Y HORA DE RECEPCION 16 DE OCTUBRE DE 2023.

EL VEHICULO LO CONDUJIRA: 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 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 ACORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE JIMENEZ VILLA
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 EFECTÚE EL DESCUENTO
CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

16 OCT 2023

SECRETARÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
HERMOSILLO, SONORA