



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151605

FECHA: 18 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 18/10/2023 A 18/10/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE JAIMES SANCHEZ LUCIA CON NUMERO DE AFILIACION 1900502 PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO Y VALORACION AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

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

[Signature]

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

[Signature]

LCP. Dulce Irene Jiménez Villa

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

CLINICA HOSPITAL ISSSTESON-GUAYMAS

[Signature]

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

AUTORIZÓ

[Signature]

18 OCT. 2023

CLINICA HOSPITAL ISSSTESON-GUAYMAS, SONORA



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

06 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 06 DE OCTUBRE AL 06 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE JAIMES SANCHEZ LUCIA,
CON NMERO DE AFILIACIÓN 1900502 PARA TRASLADO A HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD DE
HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 06 DE OCTUBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

CON LICENCIA No. L3000RC1124135 CON VENCIMIENTO 14/08/2023

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ _____

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 (SON TRESCIENTOS 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 ABER 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 EFECTUE EL DESCUENTO
CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

FIRMA DE CONFORMIDAD

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN Y CANALIZACIÓN
HERMOSILLO, SONORA

06 OCT. 2023