



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151793

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 19/10/2023 A 19/10/2023

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 BERTHA ALVAREZ HERNANDEZ CON NUMERO DE AFILIACION 1807208 PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO EN SALUD POR IMAGEN EN LA CD. DE HERMOSILLO

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL

\$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 MN.

*[Handwritten Signature]*

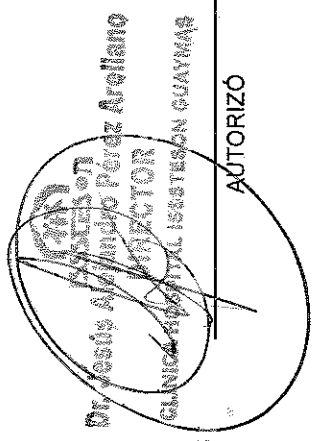
GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ



L.C.P. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ



AUTORIZÓ

RECIBIDO  
24 OCT. 2023  
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON  
GUAYMAS, SONORA



SE 151 793

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

18 10 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS AFILIACION 6051901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA DURANTE 01 DIAS, DEL 18 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2023 MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE BERTHA ALVAREZ HERNANDEZ CON NUMERO DE AFILIACION 1807208 PARA ESTUDI ESPECIALIZADO EN SALUD POR IMAGEN EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCION 18 DE OCTUBRE 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 CASETAS:

No. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

C. JORGE A. MARTINEZ CORTIZ

L.C.P. DULCE I. JIMENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO DIRECTOR DEL HOSPITAL

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$300.00 (TRES CIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

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; AUTORIZO A MI REPRESENTANTE DEL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.



Calidez y Servicio a tu Cuidado

Salud por Imagen Digital S.A. de C.V.

R.F.C: SID190710K67

Dr. Paliza #93, Col. Prados del Centenario C.P. 83260, Hermosillo, Sonora. Tels. 662 13593 38 y 662 198 58 28

ATENTAMENTE C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

FIRMA DE CONFORMIDAD