



SOLICITUD VIÁTICOS:

151794

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO

R.F.C.

TEL:

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

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 COTA CASTRO JAIME IVAN CON NUMERO DE AFILIACION 16981401 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA AL CENTRO AL CENTRO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

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

VALIDO

MATA GARCIA BERNARDO
Bernardo Mata G.

SOLICITÓ

Dr. Jesus Alberto Pérez Aralcano
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZO

OCT 24 2023
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



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

18 10 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. BERNARDO MATA GARCIA AFILIACION 14506901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 2I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA
DURANTE 01 DIAS, DEL 18 DE OCTUBRE AL 18 OCTUBRE DEL 2023
MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA DE PACIENTE COTA CASTRO JAIME IVAN CON
NUMERO DE AFILIACION 16981401 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

EN VEHICULO PRO MASTER PLACA VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCIRA BERNARDO MATA GARCIA

CON LICENCIA No. L3000RC1117088 CON VENCIMIENTO 28/02/2025

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-05-37502

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES

L.A.P. DULCE ILLI MENEZ VILLA

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

MAE-REJOSA 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.

ATENTAMENTE Bernardo Mata G.
C. BERNARDO MATA GARCIA

FIRMA DE CONFORMIDAD

