



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151957

FECHA: 20 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

R.F.C. RORF940921L17

TEL:

PERIODO: 20/10/2023 A 20/10/2023

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:

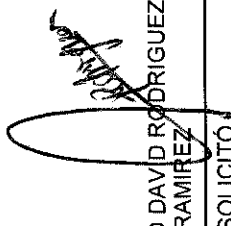
#37502 SE COMISIONA COMO CAMILLERO PARA APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE COTA CASTRO JAIME IVAN CON NUMERO DE AFILIACION 16981401 PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

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

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

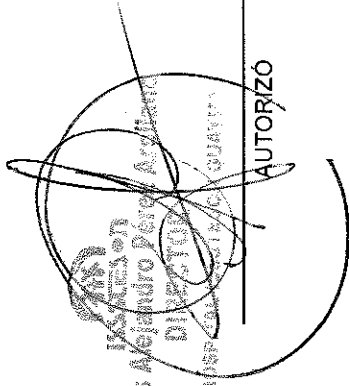
TOTAL \$300.00


FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ
SOLICITÓ



LCP Dulce Irene Jiménez
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ


ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pardo Arriaga
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

DECLARADO
24 OCT. 2023
ISSSTESON
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
GUAYMAS, SONORA

SE 151957



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

18 10 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ AFILIACION 16841001 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CAMILLERO 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 CAMILLERO DE APOYO PARA TRASLADAR 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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ 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-08-37502

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

M.C. 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. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD