



SOLICITUD VIÁTICOS:

152381

FECHA: 24 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. RORF940921L17

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 24/10/2023 A 24/10/2023

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 RECEPCION DE UNIDADES DE SANGRE AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ Y ENTREGA DE DOCUMENTACION AL OIC


SUBTOTAL \$300.00

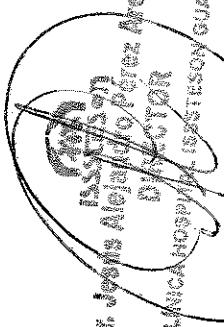
16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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


 FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ

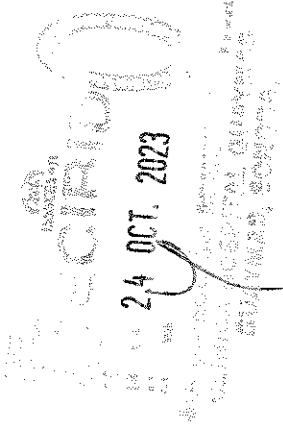

 LCP. Dulce Irene Jiménez Villa
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS


 Dr. Jesús Alejandro Pérez Arrellano
 DIRECTOR
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

SOLICITÓ

VALIDÓ

AUTORIZÓ


 24 OCT. 2023
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



CENTRO MÉDICO
"DR. IGNACIO
CHAVEZ"
BANCO DE SANGRE



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA 14:44

23/10/23

23. 10. 2023

AVISO DE COMISIÓN

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

UBICACIÓN **65 SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **2 I**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: **HERMOSILLO, SONORA**

DURANTE **1** DIAS, DEL **23** DE OCTUBRE AL **23** DE OCTUBRE DE **2023**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA RECEPCION DE UNIDADES DE SANGRE CENTRO**

MEDICO DR. IGNACION CHAVEZ Y ENTREGA DE DOCUMENTACION AL OIC

EN VEHICULO **FORD RANGER**, PLACAS **VC48152** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA **C. FRANCISCO DAVID RODRIGUEZ RAMIREZ**

CON LICENCIA No. **L2600RC1049192** CON VENCIMIENTO **12/07/2025**

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ **300.00** DIAS **___** IMPORTE VIATICOS **\$300.00**

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINOS \$ DIAS: **___** IMPORTE DE 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 \$

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

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO **___** IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO **___**

FECHA DE SALIDA **___** FECHA REGRESO **___**.

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ **___**

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **\$300.00** (**TRESCIENTOS VEINTE 00/100 M N**)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **13 32 03 03 7502**

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES **L.C.P. DUA CEN JIMENEZ VILLA**
JEFE DEL DEPARTAMENTO **C** 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 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**