



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

157261

FECHA: 11 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 11/12/2023 A 11/12/2023

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 ENTREGA DE DOCUMENTACION IMPORTANTE DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A OFICINAS CENTRALES EN LA CD. DE HERMOSILLO

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$300.00</b>

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

MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ

ISSSTESON  
LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
VALIDO

ISSSTESON  
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano  
DIRECTOR  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS  
AUTORIZÓ

RECIBIDO  
14 DIC. 2023  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA.



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

SE 137261

AVISO DE COMISIÓN

08	12	2023
----	----	------

C. BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO AFILIACION 12153501 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN 4º) SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 08 DE DICIEMBRE AL 08 DE DICIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN IMPORTANTE DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A OFICINAS GENERALES DE ISSSTESON, Y ENTREGA DE MUESTRAS DE SANGRE A CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO FORD RANGER PLACAS VC48152 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 08 DE DICIEMBRE DE 2023

EL VEHICULO LO CONDUCIRA BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO

CON LICENCIA No. L2600RC1037938 CON VENCIMIENTO 30/11/2024

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICO 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 03 37502

ING. 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 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 C. BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO

FIRMA DE CONFORMIDAD

11,205.17.30  
RECEBIDO  
08 DIC. 2023  
MAYRA  
COORDINACION DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL