



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

148025

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO:

TEL:

NO. DÍAS: 0

PERIODO: 13/09/2023 A 12/09/2023

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 TRASLADAR A PERSONAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA CLINICA HOSPITAL GUAYMAS A CAPACITACION A LA CD. OBREGON SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

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

MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

RECIBIDO  
28 SEP. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA.

SE 140 25



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

AVISO DE COMISIÓN

12	09	2023
----	----	------

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

UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 41

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

DURANTE 01 DIAS, DEL 12 DE SEPTIEMBRE AL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PERSONAL DE EPIDEMEOLOGIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A CAPACITACION A LA CD. DE OBREGON SONORA.

EN VEHICULO NISAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12 DE SEPTIEMBRE DE 2023,

EL VEHICULO LO CONDUCIRA BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO

CON LICENCIA No. L2600RC1037938

CON VENCIMIENTO 30/11/2024

ANTICIPADOS

DENEGADOS

COMPROBABLES

NO COMPROBABLES

7/5/23  
15/1/23

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 (SON TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTÉZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCEA 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