



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

SOLICITUD VIÁTICOS: 148255

FECHA: 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 14/09/2023 A 14/09/2023

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 PAPELERIA EN LAS OFICINAS CENTRALES Y DEJAS CAJAS DE ARCHIVO MUERTO EN ALMACEN GENERAL DE ARCHIVO EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

| | |
|--------------|-----------------|
| SUBTOTAL | \$300.00 |
| 16% IVA | \$0.00 |
| TOTAL | \$300.00 |

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

Mendivil Soto Breno Orzue
MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ

[Signature]
ISSSTESON
LCP, Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
28 SEP. 2023
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA.

SE 148253



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

AVISO DE COMISIÓN

| | | |
|----|----|------|
| 13 | 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 **1** DIAS, DEL **13 DE SEPTIEMBRE** AL **13 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA DEJAR PAPELERIA EN LAS OFICINAS CENTRALES DEL INSTITUTO Y DEJAR ARCHIVO MUERTO AL ALMACEN CENTRAL DE ARCHIVO DE LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.**

EN VEHICULO **NISAN TSURU** PLACAS **WEZ 2706** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **13 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

CUOTA DIARIA \$ **300.00** DIAS **1** IMPORTE VIATICOS: **\$300.00**

902.00
1645

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORDER 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 \$ _____

13

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 BK-03 37502**

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES
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

RECIBIDO
13 SEP 2023
12143
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS