



SOLICITUD VIÁTICOS: 149084

FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 22/09/2023 A 22/09/2023

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 TRASLADO DE PERSONAL DE MEDICINA PREVENTIVA A JUNTA EXTRAORDINARIA EN LAS OFICINAS CENTRALES DEL INSTITUTO EN LA CD. DE HERMOSILLO

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
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISIÓN

21	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 21 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA LLEVAR AL DR MARQUEZ A LA OFICINAS CENTRALES

A CD. DE HERMOSILLO SONOR.

EN VEHICULO NISAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 19 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

6:40 - 11:01

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: \$ _____



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

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 CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE 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