



SOLICITUD VIÁTICOS: 149164

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 ENTRAGA DE DOCUMENTACION DE SUMA IMPORTANCIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS A LAS OFICINAS CENTRALES 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. Duice Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
VALIDÓ

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesus Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
AUTORIZÓ

RECIBIDO
28 SEP. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISIÓN

22 09 2023

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

UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 4 I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 22 DE SEPTIEMBRE AL 22 DE SEPTIEMBRE 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 EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO NISAN TSURU PLACAS WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 22 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

8:47
7332

MCUOTA 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 _____

B. SOLICITUD DE CASITAS:

No. DE CASITAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____



C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____ DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

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 ACORTEZ
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.

A T E N T A M E N T E C. BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO

FIRMA DE CONFORMIDAD