



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

150451

FECHA: 05 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 05/10/2023 A 05/10/2023

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 MUESTRAS DE LABORATORIO EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ EN LA CD. DE HERMOSILLO

SUBTOTAL

\$300.00

16% IVA

\$0.00

TOTAL


\$300.00

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

Men Bm
MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ


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


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

RECIBIDO
06 OCT. 2023
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



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

AVISO DE COMISIÓN

04	10	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 **04 DE OCTUBRE** AL **04** DE OCTUBRE DE **2023**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA DEJAR MUESTRAS DE LABORATORIO EN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ DE LA CD. DE HERMOSILLO SONORA.**

EN VEHICULO **NISAN TSURU** PLACAS **WEZ 2706** DIA Y HORA DE RECEPCION **04 DE OCTUBRE 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**

11:30 - 15:30

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 \$ _____

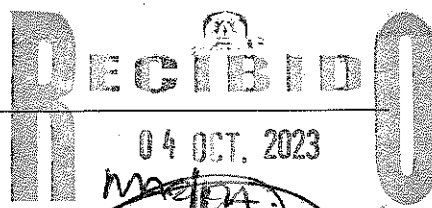
AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ **300.00** (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

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



COORDINACION DE HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

L.C.P. DULCE I. SIMENEZ 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