



SOLICITUD VIÁTICOS: 150452

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 PACIENTE HOSPITALIZADO AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ

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

*Luz Irene Jiménez Villa*  
ISSSTESON  
LIC. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

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

SE 150451



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

AVISO DE COMISIÓN

05	10	2023
----	----	------

C. **BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO** AFILIACION **12153501** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **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 **05 DE OCTUBRE** AL **05 DE OCTUBRE DE 2023**

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

EN VEHICULO **NISAN TSURU** PLACAS **WEZ 2706** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **05 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**

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 \$ \_\_\_\_\_

7.42  
11/29

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 DM 03 37502**

ING. **JORGE A. MARTINEZ GONZALEZ**  
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 **M.C. ALEJANDRO MOLINA CHAVARRIA**



Jefe de Laboratorio CMICH

Ced. 23303

S.S.A. 1369/15