



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

151954

FECHA: 19 DE OCTUBRE DEL 2023  
DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE  
R.F.C.  
TEL:  
PERIODO: 19/10/2023 A 19/10/2023

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 TRASLADO DE PACIENTE FELIX MENDOZA CON NUMERO DE AFILIACION 8432608 PARA QUE RECIBA ESTUDIO ESPECIALIZADO EN SALUD POR IMAGEN EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA

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

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

*Mendivil*  
MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ

*[Signature]*  
LUP. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

RECIBIDO  
24 OCT. 2023  
SUPERVISOR DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS, SONORA



SE 151954

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

18	10	2023
----	----	------

**AVISO DE COMISIÓN**

C. BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO AFILIACIÓN 12153501 AREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GUAYMAS  
 UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 4I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA  
 DURANTE 1 DIAS, DEL 18 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2023  
 MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE FELIX MENDOZA CON  
NUMERO DE AFILIACIÓN 8432608 PARA QUE RECIBA ESTUDIO ESPECIALIZADA EN SALUD POR IMAGEN EN LA  
CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59813 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 18 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

10:00 : 14:50

**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 \$ \_\_\_\_\_

**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 (TRESIENTOS PESOS 00/100 M N.)

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

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES L.C.P. DULCE MARMENEZ VILLA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO 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

