



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

152378

FECHA: 24 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 24/10/2023 A 24/10/2023

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 DEJAR CAJAS DE ARCHIVO MUERTO Y TRASLADAR PERSONAL DE NOMINA BEATRIZ WINCKLER A OFICINAS CENTRALES 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 Soto Breno Orzue*  
 MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

SOLICITÓ

*[Signature]*  
 LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ

*[Signature]*  
 Dr. Jesús Alcántara Sánchez Arellano  
 DIRECTOR  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

*[Signature]*  
 24 OCT. 2023  
 CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS



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

23      10      2023

**AVISO DE COMISIÓN**

C. BRENO ORZUE MENDIVIL SOTO    AFILIACION 12153501    AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS  
UBICACIÓN 65 SERVICIOS GENERALES    PUESTO CHOFER    NIVEL 4I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA  
DURANTE 1 DIAS, DEL 23 DE OCTUBRE AL 23 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA DEJAR CAJAS DE ARCHIVO MUERTO Y TRASLADAR  
PERSONAL DE NOMINA BEATRIZ WINCKLER A OFICINAS CENTRALES DE LA CD. HERMOSILLO SONORA.

EN VEHICULO NISAN TSURU    PLACAS WEZ 2706    DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 23 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  9100: 4133  
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  
23 OCT. 2023

**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: 1382 DK 03 37502

ING. JORGE A. MARTINEZ CORTES    L.C.P. DULCE JIMENEZ 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 CONTRAIDA 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