

PADILLA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA
BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA
R.F.C. : ISS630101488

OP-75018

Poliza

Tipo: J Poliza: 000000059

Periodo: 2021 Mes: 7 Dia: 13

T.Electrón.:00000000000000007215, Deudor :000576

Cuenta	Descripción	Cargos	Ahoros
1-1-231000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	220.00	0.00
1-1-131002000	CUENTA 65500587960 PRESUPUESTO	0.00	220.00

Observaciones:

220.00

220.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 9619

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (000576) PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	%I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	129054 --		0.00	0.00	220.00

[Handwritten Signature]

C.P. FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ
 Departamento de Contabilidad
 Clínica Hospital Quaymas

Elaboró

[Handwritten Signature]
 DANIELA ESPINOZA LUNA

FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ

PORC_IVA %	0 %
IVA_GTO	0.00
TOTAL	220.00
RESTA	0.00



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



BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA
R.F.C. : ISS630101488

ORDEN DE PAGO

Clave: 75018

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 04/05/2021

Proveedor: 000576 PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
79812 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE ARMENTA VEGA ROSA CON AFILIACION
4275609 CON DIAGNOSTICO NEUMONIA BACTERIANA PARA RECIBIR ATENCION
ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ

OBSERVACIONES	Subtotal:	220.00
	Retención:	0.00
	IVA:	0.00
	Total:	220.00
Lic. José Alfredo Ramírez Fontes		
AUTORIZO		



75018

SOLICITUD VIÁTICOS:

79812

FECHA: 29 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 29/04/2021 A 29/04/2021

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

COMISION OFICIAL EN TRASLADO DE PACIENTE ENVIADO DE NUESTRA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS AL CM.DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER

SOLICITÓ

VALIDÓ

ISSSTESON

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

ISSSTESON

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



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

SE: 79812

AVISO DE COMISIÓN

12	ABRIL	2021
----	-------	------

C. PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER ENF. AFILIACION 15698901 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4 I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE ABRIL AL 12 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN

TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12 DE ABRIL 2021

08:25 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

CON LICENCIA No. L3000RC1023018 CON VENCIMIENTO 02/09/2018

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

LOMETRAJE 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 : \$ 220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA
DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE

PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER ENF.

FIRMA DE CONFORMIDAD



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

AVISO DE COMISIÓN

12	ABRIL	2021
----	-------	------

C PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER ENF. AFILIACION 15698901 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4 I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 12 DE ABRIL AL 12 DE ABRIL DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN

TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 12 DE ABRIL 2021

08:25 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

CON LICENCIA No. L3000RC1023018 CON VENCIMIENTO 02/09/2018

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$220.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

LOMETRAJE A RECORDER 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 : \$ 220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA
DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, 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.

ATENTAMENTE

PADILLA GONZALEZ CRISTOPHER ENF.

FIRMA DE CONFORMIDAD



Referencia

SOLICITUD DE SERVICIOS

FECHA

12/abril 2008

DERECHOHABIENTE	<input type="checkbox"/> TRABAJADOR (A)	PACIENTE	<i>Armerita Vega Rosadonela</i>	NO. DE AFILIACION	<i>4275609</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> ESPOSA	UNIDAD DE ORIGEN Y/O CAMA	<i>Hospital 102</i>		
	<input type="checkbox"/> HIJO (A)	SERVICIO	<i>Medicina Interna</i>	UNIDAD	<i>Goaymas</i>
<input type="checkbox"/> PADRES	SERVICIO SOLICITADO				
<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/> OTROS	
<input type="checkbox"/> FAMILIAR DE PENSIONISTA	<i>Traslado en ambulancia a Hospital Chavez a estudio y valoración.</i>				
<input type="checkbox"/> OTRO TIPO					
CARACTER DE LA SOLICITUD		<i>urgente</i>			
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO			PROXIMA CITA CON EL MEDICO		
<i>Neumonía que se detecta, Derrame Pleural, Pble Empiema</i>					
DOCTOR (A)	NOMBRE		FOLIO		
<i>[Signature]</i>	<i>LOPEZ SALGUEIRO</i>		<i>Nº 177479</i>		
FIRMA	CLAVE				
	<i>X 27816</i>				