



SOLICITUD VIÁTICOS:

152196

FECHA: 21 DE OCTUBRE DEL 2023

DEUDOR: PADILLA HERNANDEZ OSWALDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 21/10/2023 A 21/10/2023

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 PARA TRASLADO DE PACIENTE COTA CASTRO JAIME IVA DE AF 16981401 AL HOSPITAL CHAVEZ EN LA CD DE HERMOSILLO EL DIA 18/10/2023

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

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

*TP*

Oswaldo Padilla Hernandez  
 PADILLA HERNANDEZ OSWALDO



LCA Dulce Irene Jiménez Villa  
 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

*[Handwritten Signature]*

SOLICITÓ

VALIDÓ

AUTORIZÓ

RECIBIDA  
 23 OCT. 2023  
 CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AVISO DE COMISIÓN

19 Oct 2023

C. Osvaldo Padilla Hernandez AFILIACION 12025401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: Hermosillo

DURANTE 1 DIAS, DEL 18 DE Octubre AL 19 DE Octubre DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente al Hospital Chavez

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 19 DE Octubre

29.00 HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Bernardo Mota

CON LICENCIA No. C30002C117028 CON VENCIMIENTO 20/02/25

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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA 18 oct FECHA REGRESO 19 oct

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 300.00

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

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03

ISSUESON  
MCSd. Maritza Valdez Valdez  
JEFE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
CLINICA DE SALUD MENTAL GUAYMAS

L.C.P. DULCEIRENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
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.

A T E N T A M E N T E

Osvaldo Padilla Hernandez

FIRMA DE CONFORMIDAD