



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

183585

FECHA: 09 DE OCTUBRE DEL 2024

DEUDOR: PADILLA HERNANDEZ OSWALDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/10/2024 A 09/10/2024

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 CANTUA LEON NORA IMELDA DE AF. 4605603, AL HOSPITAL CHAVEZ DE LA CD. DE HERMOSILLO EL DIA 07 DE OCTUBRE 2024.

SUBTOTAL	\$300.00
16% IVA	\$0.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$300.00</b>

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

*Oswaldo Padilla Hernandez*

PADILLA HERNANDEZ OSWALDO

SOLICITÓ



LCP. Dulce Irene Jiménez Villa  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VALIDÓ



AUTORIZÓ

**RECIBIDO**  
15 OCT. 2024  
Diana P  
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA  
CLÍNICA HOSPITAL GUAYMAS  
GUAYMAS, SONORA.



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

56183585

AVISO DE COMISIÓN

07 10 24

C. Oswaldo Padilla Hernández AFILIACION 12023401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN HOSPITALIZACION PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 7-I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 07 DE OCT AL 07 DE octubre DE 2024

MOTIVO DE LA COMISION: TAC Simple Abdome y pelvis

EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN DE

HRS

EL VEHICULO LO CONDUCIRA Bernardo Mafe

CON LICENCIA No. L30002C1117088 CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

GASTOS DE CAMINO \$    DIAS    IMPORTE VIATICOS \$   

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 07/10/24 FECHA REGRESO 08/10/24

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 DK 03

MGS. MANTZA VALDEZ VALDEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

L.C.P. DULCE RENE JIMENEZ VILLA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

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

Oswaldo Padilla Hernández  
FIRMA DE CONFORMIDAD

ISSSTESON CENTRO MEDICO JUAN JOSE CHAVEZ VIGENCIA

TRABAJO SOCIAL RECEPCIÓN HOSPITALIZACIÓN HERMOSILLO, SONORA.