CONCEPTO DEL PAGO

PAGO A DEUDORES

CB 10228

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ A PACIENTE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MEDINA AFILIACION 14167701 PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA 10 AGOSTO 2021

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

CUENTA	NOMBRE	CARGOS	ABONOS
1-1-2-3-1-000-0000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	1,540.00	0.00
1-1-1-3-1-006-0000	CUENTA 65500557699 CLÍNICA GUAYMAS	0.00	1,540.00

POLIZA No.	HECHA POR:	REMITIDA POR:	AUTORIZADA POR:	DIARIO		
					$1,540.00	$1,540.00
					SUMAS IGUALES	

0009848

0009848

06/10/2021

Fecha

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

Expedido a:

$ 1,540.00

(Un Mil Quinientos Cuarenta Pesos 00/100 M.N.)

COPIA SIN VALOR

CONCEPTO DEL PAGO	FIRMA CHEQUE RECIBIDO
PAGO A DEUDORES COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ A PACIENTE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MEDINA AFILIACION 14167701 PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA 10 AGOSTO 2021	

CUENTA	NOMBRE	CARGOS	ABONOS
1-1-2-3-1-000-0000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	1,540.00	0.00
1-1-1-3-1-006-0000	CUENTA 65500557699 CLÍNICA GUAYMAS	0.00	1,540.00

POLIZA No.	HECHA POR:	REMITIDA POR:	AUTORIZADA POR:	DIARIO	$1,540.00	$1,540.00
					SUMAS IGUALES	

9848

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

84436

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

ORDEN DE PAGO

Clave: 84436 **Pago a:** **Tipo:** Anticipo **Fecha** 18/08/2021

Proveedor: 000333 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO **U. Resp.:** 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
86779 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ A PACIENTE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MEDINA AFILIACION 14167701 PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA 10 AGOSTO 2021

OBSERVACIONES

Subtotal:	**220.00**
Retención:	**0.00**
IVA:	**0.00**
Total:	**220.00**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Pers. Imprimió:RAMON ESTRADA SOTO
18 de agosto de 2021 10:10 AM

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

84436

SOLICITUD VIÁTICOS: 86779

FECHA: 17 DE AGOSTO DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 17/08/2021 **A** 17/08/2021

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:

SE COMISIONA CHOFER TRASLADAR A PACIENTE QUE RECIBA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR.IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

S:EB6779

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

10	08	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **10** DE **AGOSTO** AL **10** DE **AGOSTO** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE FRANCISCO JAVIER MERTINEZ MEDINA, CON AFILIACION 14167701, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ**

VEHICULO **PRO MASTER** PLACAS **VE 59816** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **10 DE AGOSTO DEL 2021, 15:00 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $*** ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: __2__ 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN	C.P. RAMON ESTRADA SOTO	DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 10 DE AGOSTO DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ MEDINA CON AFILIACION 14167701, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 15:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 19:00 HRS.

A T E N T A M E N T E

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 10 de AGOSTO del 2021

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

10/08/2021 11:33:53a.m.

Clínica Hospital ISSSTESON Guayma

Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,

HOSPITALIZACION - AISLADOS

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO

Folio: 420 Ordinaria Fecha / Hora: 10/08/2021 00:00 **Cama:** A1

Afiliación: 14167701 SEXO: M EDAD: 29 FECHA NACIMIENTO: 25/01/1992
Nombre: MARTINEZ MEDINA FCO. JAVIER
Domicilio:
Diagnóstico Actual: COVID-19
Organismo: HAE

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 10/08/2021

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: TRASLADO FORANEO HERMOSILLO SON.

COVID-19

JUSTIFICACIÓN:
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA

Z7768 BORBON VALENZUELA JORGE - MEDICINA INTERNA

Ced. Prof.: 3211303 RSSA: 83/06 Universidad: UNAM

= HILLO. =

De 15:00 a 19:00 hrs.

Eduardo González S.

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

85737

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

ORDEN DE PAGO

Clave: 85737 **Pago a:** **Tipo:** Anticipo **Fecha** 06/09/2021

Proveedor: 000333 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO **U. Resp.:** 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
87872 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00
87897 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO A LA CIUDAD DE HERMOSILLO PARA QUE RECIBA ATENCION ESPECILIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ PACIENTE DAVID RODRIGUEZ NAVA CON AFILIACION 521672 26 AGO 2021
COMISIONADO A LA CIUDAD DE HERMOSILLO PARA QUE RECIBA ATENCION ESPECILIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ PACIENTE PEREZ AMPARO LUZ NAMIBIA CON AFILIACION 12326214 25 AGO 2021

OBSERVACIONES

Subtotal:	**440.00**
Retención:	**0.00**
IVA:	**0.00**
Total:	**440.00**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Pers. imprimió:RAMON ESTRADA SOTO
06 de septiembre de 2021 10:26 AM

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

85737

SOLICITUD VIÁTICOS: 87897

FECHA: 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 02/09/2021 **A** 02/09/2021

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:

SE COMISIONA CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE EN HOSPITAL DR.IGNACIO CHAVEZ.

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDO

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

S:E87897

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

25	08	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **25** DE **AGOSTO** AL **25** DE **AGOSTO** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE PEREZ AMPARO LUZ NAMIBIA, CON AFILIACION 12326214, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ**

VEHICULO **PRO MASTER** PLACAS **VE 59816** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **25 DE AGOSTO DEL 2021, 17:00 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $*** ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: **2** 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN	C.P. RAMON ESTRADA SOTO	DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 25 DE AGOSTO DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE PEREZ AMPARO LUZ NAMIBIA CON AFILIACION 12326214, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 17:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 21:00 HRS.

ATENTAMENTE

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 25 de AGOSTO del 2021

Sen Gonz

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

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA

HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

HORA: 5:16 pm

25 / Ago / 2021

AFILIACION: 12326214 SEXO: F EDAD: 11 FECHA NACIMIENTO: 10/11/2009
NOMBRE: PEREZ AMPARO LUZ NAMIBIA
DIAGNÓSTICO: (FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: HOSPITAL CHAVEZ HERMOSILLO

JUSTIFICACIÓN:

-HILLO.-
De 17:00 a 21:00 hrs.
Eduardo González S.

G77183 Dr. ALDO ALFONSO MANRIQUEZ TRANI - Médico General
CProf. 11482462 RSSA 14040/19 UNIVERSIDAD XOCHICALCO
Consulta Externa General, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

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

88737

SOLICITUD VIÁTICOS: 87872

FECHA: 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 02/09/2021 **A** 02/09/2021

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:

SE COMISIONA CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

S:E 87872

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

26	08	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **26** DE **AGOSTO** AL **26** DE **AGOSTO** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE RODRIGUEZ NAVA JESUS DAVID, CON AFILIACION 5216702, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ**

VEHICULO **PRO MASTER** PLACAS **VE 59816** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **26 DE AGOSTO DEL 2021, 17:00 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $*** ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: **2** 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN JEFE DEL DEPARTAMENTO	C.P. RAMON ESTRADA SOTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	DR. JUAN MANUEL TARIA GONZALEZ 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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 26 DE AGOSTO DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

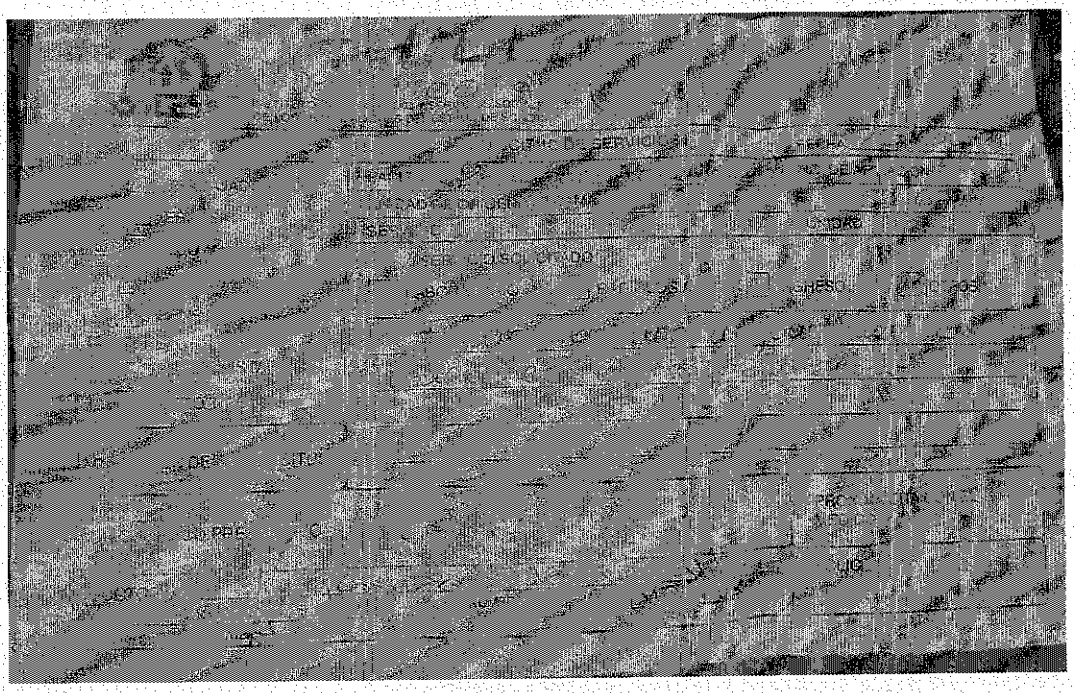
SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE RODRIGUEZ NAVA JESUS DAVID CON AFILIACION 5216702, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 17:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 21:30 HRS.

A T E N T A M E N T E

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 26 de AGOSTO del 2021



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

86954

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

ORDEN DE PAGO

Clave: 86954 **Pago a:** **Tipo:** Anticipo **Fecha** 27/09/2021

Proveedor: 000333 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO **U. Resp.:** 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
88185 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00
89226 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE JULIO CESAR MARQUEZ GONZALEZ CON AFILIACION 8415901 PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ 6 SEPT 2021 COMISIONADO A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ PARA RECOGER UNIDADES DE SANGRE PARA PACIENTE HOSPITALIZADO EN HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS 17 SEPT 2021

OBSERVACIONES

Subtotal:	**440.00**
Retención:	**0.00**
IVA:	**0.00**
Total:	**440.00**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Pers. Imprimió:RAMON ESTRADA SOTO

27 de septiembre de 2021 3:14 PM

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

O.P. → 86954

SOLICITUD VIÁTICOS: 88195

FECHA: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 07/09/2021 **A** 07/09/2021

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:

SE COMISIONA CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE EN HOPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

S:E88185

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

06	09	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **06** DE **SEPTIEMBRE** AL **06** DE **SEPTIEMBRE** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE JULIO CESAR MARQUEZ GONZALEZ, CON AFILIACION 8415901, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ**

VEHICULO **PRO MASTER** PLACAS **VE 59816** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **06 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, 13:00 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $* ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: __2__ 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN
JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE JULIO CESAR MARQUEZ GONZALEZ CON AFILIACION 8415901, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 13:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 21:15 HRS.

A T E N T A M E N T E

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 06 de SEPTIEMBRE del 2021

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

06/09/2021 09:55:40a.m.

Clínica Hospital ISSSTESON Guayma

Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,

HOSPITALIZACION - CIRUGIA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO

Folio: 439 Ordinaria Fecha / Hora: 06/09/2021 00:00 **Cama:** 106

Afiliación: 8415901 SEXO: M EDAD: 63 FECHA NACIMIENTO: 02/07/1958
Nombre: MARQUEZ GONZALEZ JULIO CESAR
Domicilio:
Diagnóstico Actual: DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO
Organismo: ISSSTESON

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 06/09/2021

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: hospital chavez

DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

JUSTIFICACIÓN:

Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA

X7711 ASCANIO SANSORES RAFAEL - GENERAL

Ced. Prof.: 2054104 RSSA: 4923/95 Universidad: UAG

-HILO-

De 13:00 a 21:15 Hrs.

Eduardo González S.

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

O.P. → 86954

SOLICITUD VIÁTICOS: 89226

FECHA: 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 24/09/2021 **A** 24/09/2021

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:

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRAER UNIDADES DE SANGRE DE HOSPITAL DR.

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

S:E89226

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

17	09	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **17** DE **SEPTIEMBRE** AL **17** DE **SEPTIEMBRE** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRAER UNIDADES DE SANGRE DE HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ, PARA USO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA HOSPITAL ISSTESON GUAYMAS.**

VEHICULO **NISSAN TSURU** PLACAS **WEZ 2706** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **17 DE SEPT. DEL 2021- 16:10 HRS.**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $ ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: __2__ 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**

Oscar Zarg - R

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN	C.P. RAMON ESTRADA SOTO	DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRAER UNIDADES DE SANGRE DE HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ DE LA CD HERMOSILLO SONORA, LAS CUALES SE UTILIZARÁN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS.

SALIENDO DE NUESTRA CLINICA APROXIMADAMENTE A LAS 16:10 HRS Y REGRESANDO A LAS 20:15 HRS.

A T E N T A M E N T E

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora A 17 DE SEPTIEMBRE del 2021

BANCO DE SANGRE

PROCEDIMIENTO CON UNIDADES ADIPOSITARIO DE SANGRE

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

87504

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

ORDEN DE PAGO

Clave: 87504 **Pago a:** **Tipo:** Anticipo **Fecha** 06/10/2021

Proveedor: 000333 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO **U. Resp.:** 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
89467 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00
89516 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE GILDA VALERIA DUARTE FEELIX CON AFILIACION 7180211 PARA RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ 28 SEPTIEMBRE 2021
COMISIONADO A RECOGER SILLA DE RUEDAS PARA PACIENTE MAYRA GRACIELA MUÑOZ ZAMORA PARA USO EN UN FAMILIAR, SOLICITADO A VOLUNTARIADO DE ISSSTESON EN OFICINAS GENERALES 3 SEPTIEMBRE 2021

OBSERVACIONES

Subtotal:	**440.00**
Retención:	**0.00**
IVA:	**0.00**
Total:	**440.00**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Pers. Imprimió:RAMON ESTRADA SOTO
06 de octubre de 2021 9:22 AM

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

87504

SOLICITUD VIÁTICOS: 89467

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 30/09/2021 **A** 30/09/2021

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:

SE COMISIONA COMO CHOFER TRASLADAR A PACIENTE EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ.

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

Dr. Juan Manuel Tapia González
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

SE 89467

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

28	09	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **28** DE **SEPTIEMBRE** AL **28** DE **SEPTIEMBRE** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE GILDA VALERIA DUARTE FELIX CON AFILIACION 7180211, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ**

VEHICULO **PRO MASTER** PLACAS **VE 59816** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, 13:00 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA**: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $*** ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: **2** 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN	C.P. RAMON ESTRADA SOTO	DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR PACIENTE GILDA VALERIA DUARTE FELIX CON AFILIACION 7180211, PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 13:00 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 17:00 HRS.

ATENTAMENTE

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 28 de SEPTIEMBRE del 2021

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

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA

HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA:
HORA: 11:36 ar

28 / Sep / 202

AFILIACION: 7180211 SEXO: F EDAD: 21 FECHA NACIMIENTO: 18/12/1999
NOMBRE: DUARTE FELIX GILDA VALERIA
DIAGNÓSTICO: (SINDROME DE GUILLAIN-BARRE)

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: TERCER NIVEL, HERMOSILLO SON.

JUSTIFICACIÓN:

IMPOSIBILIDAD PARA DEAMBULAR. ESTUDIO URGENTE.

— HILLO. —
De 13:00 a 17:00 hrs.
Eduardo González S.

Z7768 Dr. JORGE BORBON VALENZUELA - MEDICINA INTERNA
CProf. 598723 RSSA 75085 UNAM - CProf. 3211303 RSSA 83/06 UNAM
Urgencias, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

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

87804

SOLICITUD VIÁTICOS: 89516

FECHA: 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 30/09/2021 **A** 30/09/2021

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:

SE COMISIONA CHOFER TRAER UNA SILLA DE RUEDAS A ISSSTESON EN LA CD. HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL	$220.00
16% IVA	$0.00
TOTAL	$220.00

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

GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

S.E89516

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

03	09	21

AVISO DE COMISIÓN

C. **EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS** AFILIACION **6051901** AREA DE ADSCRIPCION: **HOSPITAL GUAYMAS**

UBICACIÓN **SERVICIOS GENERALES** PUESTO **CHOFER** NIVEL **3I**

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

DURANTE **01** DIAS, DEL **03** DE **SEPTIEMBRE** AL **03** DE **SEPTIEMBRE** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **SE COMISIONA COMO CHOFER TRAER UNA SILLA DE RUEDAS QUE SOLICITA PRESTADA LA COMPAÑERA C. MAYRA GRACIELA MUÑOZ ZAMORA PARA USO DE UN FAMILIAR, EL CUAL SE LE SOLICITA A VOLUNTARIADO ISSSTESON EN LA CD HERMOSILLO SONORA, POR TANTO ACUDEN POR ELLA A LAS OFICINAS.**

VEHICULO **NISSAN TSURU** PLACAS **WEZ 2706** DIA Y HORA DE RECEPCIÓN **03 DE SEPT. DEL 2021, 15:50 HRS**

EL VEHICULO LO CONDUCIRA**: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

CON LICENCIA No. **L3000RC1076892** CON VENCIMIENTO **14/08/2023**

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 $*** ____ = $____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. ***SOLICITUD DE CASETAS:***

No. DE CASETAS: __2__ 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**

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN	C.P. RAMON ESTRADA SOTO	DR. JUAN M. TAPIA GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS**

FIRMA DE CONFORMIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 03 DE SEPTIEMRE DEL 2021

CHOFER: EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 3I

SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRAER UNA SILLA DE RUEDAS QUE SOLICITA PRESTADA LA COMPAÑERA C. MAYRA GRACIELA MUÑOZ ZAMORA PARA USO DE UN FAMILIAR, EL CUAL SE LE SOLICITA A VOLUNTARIADO ISSSTESON EN LA CD HERMOSILLO SONORA, POR TANTO ACUDEN POR ELLA A LAS OFICINAS.

PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 15:50 HRS Y REGRESANDO APROXIMADAMENTE A 19:55 HRS.

A T E N T A M E N T E

EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:
Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora a 03 de SEPTIEMBRE del 2021

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

Comprobación de Gastos

10228

Número: 10228 Divisa: 01 Fecha: 14/10/2021

Deudor: (000333) GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

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 NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00
0002050	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	135270 –		0.00	0.00	220.00

Elaboró	Autorizó	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	1,540.00
FATIMA GUADALUPE MONTES VELIZ	FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ	RESTA	0.00