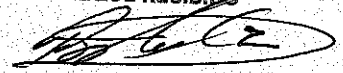


CONCEPTO DEL PAGO

PAGO A DEUDORES

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ PACIENTE BRENDA JUDITH MILLAN EVA CON AFILIACION 17263101 CON DIAGNOSTICO EMBARAZO CONFIRMADO



CUENTA		NOMBRE			CARGOS	ABONOS
1-1-2-3-1-000-0000		DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR			220.00	0.00
1-1-1-3-1-006-0000		CUENTA 65500557699 CLÍNICA GUAYMAS			0.00	220.00
					\$220.00	\$220.00
					SUMAS IGUALES	

POLIZA No.	HECHA POR:	REMITIDA POR:	AUTORIZADA POR:	DIARIO	\$220.00	\$220.00
------------	------------	---------------	-----------------	--------	----------	----------

0009889

0009889

08/11/2021

Fecha

MENDOZA DAVILA RAMON

\$ 220.00

Expedido a:

(Doscientos Veinte Pesos 00/100 M.N.)

COPIA SIN VALOR

[Handwritten signature]

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO A DEUDORES

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ PACIENTE BRENDA JUDITH MILLAN EVA CON AFILIACION 17263101 CON DIAGNOSTICO EMBARAZO CONFIRMADO

[Handwritten signature]

CUENTA	NOMBRE	CARGOS	ABONOS
1-1-2-3-1-000-0000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	220.00	0.00
1-1-1-3-1-006-0000	CUENTA 65500557699 CLINICA GUAYMAS	0.00	220.00

POLIZA No.	HECHA POR:	REMITIDA POR:	AUTORIZADA POR:	DIARIO	\$220.00	\$220.00
					SUMAS IGUALES	

00000000



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

Comprobación de Gastos



Número: 10356

Divisa: 01

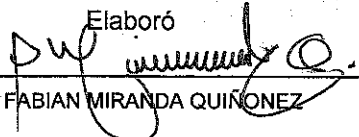
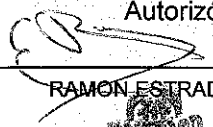
Fecha: 11/11/2021

Deudor: (000335) MENDOZA DAVILA RAMON

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	137215	SV 89666--	0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p>  <p>FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ</p>	<p>Autorizó</p>  <p>RAMÓN ESTRADA SOTO</p>	<p>POR I.V.A. %</p> <p>MA GTO</p> <p>TOTAL</p> <p>RESTA</p>	<p>0 %</p> <p>0.00</p> <p>220.00</p> <p>0.00</p>
--	---	---	--

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



**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: 88379

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 21/10/2021

Proveedor: 000335 MENDOZA DAVILA RAMON

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
89666 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO A TRASLADO DE PACIENTE A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A
RECIBIR ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO
CHAVEZ PACIENTE BRENDA JUDITH MILLAN EVA CON AFILIACION 17263101
CON DIAGNOSTICO EMBARAZO CONFIRMADO

OBSERVACIONES

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

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



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

88379

SOLICITUD VIÁTICOS:

89666

FECHA: 04 DE OCTUBRE DEL 2021

DEUDOR: MENDOZA DAVILA RAMON

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 04/10/2021 A 04/10/2021

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 COMISINA 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.

MENDOZA DAVILA RAMON

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

Dr. Juan Manuel Tapie Gonzalez
Director
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



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

S: E89666

03	10	21
----	----	----

AVISO DE COMISION

C. RAMON MENDOZA DAVILA AFILIACION 8416001 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 5B

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

DURANTE 01 DIAS, DEL 03 DE OCTUBRE AL 03 DE OCTUBRE DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER TRASLADAR A PACIENTE BRENDA JUDITH MILLAN EVA CON AFILIACION # 17263101 PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ.

EN VEHICULO PRO MASTER PLACA VE 59816 DIA Y HORA DE RECEPCION 03 DE OCT DEL 2021, A LAS 20:00 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA RAMON MENDOZA DAVILA

CON LICENCIA No. L3112RA1028225 CON VENCIMIENTO 27/07/2022

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 Zaragoza Farfan

C. OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN
JEFE DEL DEPARTAMENTO

Ramon Estrada Soto

C.P. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

Juan Manuel Taria Gonzalez
DR. JUAN MANUEL TARIA GONZALEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL

AL TÉRMINO DE MI COMISION, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. 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 NÓMINA.

ATENTAMENTE C. RAMON MENDOZA DAVILA

FIRMA DE CONFORMIDAD

**ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA
EL DIA 03 DE OCTUBRE DEL 2021.**

CHOFER: RAMON MENDOZA DAVILA

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CHOFER

NIVEL: 5B

**SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRASLADAR A PACIENTE BRENDA JUDITH
MILLAN VEA CON NUMERO DE AFILIACION 17263101 DE LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON GUAYMAS, PARA QUE SEA ATENDIDO EN HOSPITAL DR IGNACIO
CHAVEZ EN LA CD HERMOSILLO SONORA.**

**SALIENDO DE NUESTRA CLINICA GUAYMAS A LAS 20:00 HRS Y REGRESANDO A
LAS 23:20 HRS**

ATENTAMENTE



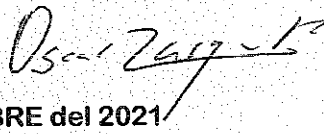
**RAMON MENDOZA DAVILA
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS**

Atención:

OSCAR G. ZARAGOZA FARFAN

Jefe del departamento

Guaymas, Sonora A 03 DE OCTUBRE del 2021





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

Romon.
20:00 - 03-20

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA
HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1
HORA: 7:22 pm

3 / Oct / 2021

AFILIACION: 17263101 SEXO: F EDAD: 35 FECHA NACIMIENTO: 21/06/1986
NOMBRE: MILLAN VEA BRENDA JUDITH
DIAGNÓSTICO: (INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO) (EMBARAZO CONFIRMADO)

SOLICITUD: URGENTE SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CENTRO MEDICO DR IGNACIO CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, UCIN

X77154 Dr. MIGUEL HUMBERTO PORTELA CARRAZCO - Médico General
CProf. 6934016 RSSA 8406/11 UAS

Consulta Externa General, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"
VIGENCIA
03 OCT. 2021
TRABAJO SOCIAL-RECEPCION DE URGENCIAS
HERMOSILLO, SONORA.