

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

Poliza

Tipo: J Poliza: 000000032

Periodo: 2021 Mes: 12 Dia: 9

T.Electrón.:00000000000000008260, Deudor :000333

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
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: 10692

Divisa: 01

Fecha: 15/12/2021

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 2020 EN ADELANTE	140635	-	0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p> <p>FATIMA GUADALUPE MONTES VELIZ</p>	<p>Autorizó</p> <p>RAMON ESTRADA SOTO</p>	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: 90525

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 29/11/2021

Proveedor: 000333 GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
91767 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

COMISIONADO A LA CIUDAD DE HERMOSILLO A HOSPITAL HERMANO DR
IGNACIO CHAVEZ PARA RECOGER SANGRE PARA PACIENTE HOSPITALIZADO
EN HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

OBSERVACIONES <p style="text-align: center;">Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZO</p>	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

90525

SOLICITUD VIÁTICOS:

91767

FECHA: 12 DE NOVIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ SIQUEIROS EDUARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 12/11/2021 A 12/11/2021

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. 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

CP. Ramón Estrada Soto
 Subdirector Administrativo
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
 Director
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



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

S: E 91767

05	11	21
----	----	----

AVISO DE COMISION

C. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS AFILIACION 6051901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACION SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 31

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

DURANTE 01 DIAS, DEL 05 DE NOVIEMBRE AL 05 DE NOVIEMBRE 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 RECEPCION 05 DE NOVIEMBRE DEL 2021- 16:20
HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: 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 RECORDER 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.R. RAMON ESTRADA SOTO
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL

Oscar Zaragoza

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. EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA EL DIA 05 DE NOVIEMBRE 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 16:20 HRS Y REGRESANDO A LAS 20:10 HRS.

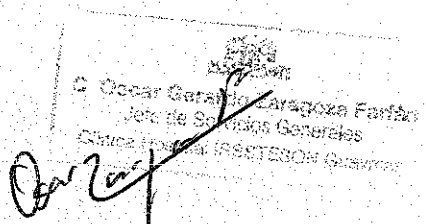
ATENTAMENTE



**EDUARDO GONZALEZ SIQUEIROS
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS**

Atención:

**Oscar G. Zaragoza Farfán.
Jefe del departamento
Guaymas, Sonora A 05 DE NOVIEMBRE del 2021**



Oscar G. Zaragoza Farfán
Jefe de Servicio Generales
Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Guaymas Sonora a 05 de Noviembre de 2021

SOLICITUD DE INTERCAMBIO DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

Médico Responsable	Dr. Luis Mario Villal Martínez
Autorización No.	
Establecimiento	Banco de Sangre Dr. Lameo Chávez

De acuerdo al convenio Inter-Institucional de Intercambio de Sangre Humana y sus Componentes Solicito

Unidades de Sangre y Componentes Sanguíneos Solicitados	Sistema de Grupos		Número de Unidades	Observaciones o Requerimientos Especiales
	ABO	Rh(D)		
Concentrado de Eritrocitos	O	POSITIVO	1	
	A	POSITIVO	1	
Plasma Fresco Congelado				
Crioprecipitados				
Concentrado Plaquetario				
Cr. os. Específicos				

Servicios Solicitados	No.	Observaciones o Requerimientos Especiales
Procedimiento de Aféresis		
Concentrado de Eritrocitos Lavados		
Concentrado de Eritrocitos Desteucocitados		
Fraccciones Pediátricas		
Reconstrucción		

Nombre del Paciente	
Diagnóstico por el que requiere	
Médico que Indica	

Ate.amente

Dra. Jennifer Garbay Ulloa
 Encargada Servicio de Transfusión
 Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

Elaboro

Fecha

ESTA SOLICITUD DE INTERCAMBIO NO PUEDE SER REPRODUcida EN FORMA TOTAL O PARCIAL SIN LA AUTORIZACION PREVIA DEL ISSSTESON GUAYMAS

NOTA: FORMA OFICIAL AJUSTADA AL SECTOR PÚBLICO (IMSS) ISSSTE, CRM, CLIMEX, SUD, SEDENAR

CEDER SANGRE, ES CEDER VIDA