

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: 000000060

Periodo: 2021 Mes: 7 Dia: 13

T.Electrón.:00000000000000007216, Deudor :000329

Cuenta	Descripcion	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



9588

Número: 9588

Divisa: 01

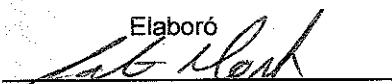

Fecha: 19/07/2021

Deudor: (000329) MATA GARCIA BERNARDO

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	128638 -		0.00	0.00	220.00

<p>Elaboró</p>  <p>FATIMA GUADALUPE MONTES VELIZ</p>	<p>Autorizó</p>  <p>RAMON ESTRADA SOTO</p>	<p>PORC_IVA %</p> <p>IVA_GTO</p> <p>TOTAL</p> <p>RESTA</p>	<p>0 %</p> <p>0.00</p> <p>220.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--



**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: 80526

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 01/07/2021

Proveedor: 000329 MATA GARCIA BERNARDO

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
83315 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

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

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

80526

SOLICITUD VIÁTICOS:

83315

FECHA: 23 DE JUNIO DEL 2021

DEUDOR: MATA GARCIA BERNARDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 23/06/2021 A 23/06/2021

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:

COMISION PARA RECOJER UNIDADES DE SANGRE

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

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

MATA GARCIA BERNARDO
Bernardo Mata G
SOLICITÓ

[Signature]
VALIDÓ
CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

[Signature]
AUTORIZÓ
CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



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

SE: 83315

18 06 21

AVISO DE COMISIÓN

C. BERNARDO MATA GARCIA AFILIACION 14506901 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN SERVICIOS GENERALES PUESTO CHOFER NIVEL 2I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA
DURANTE 01 DIAS, DEL 18 DE JUNIO AL 18 DE JUNIO DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: SE COMISIONA COMO CHOFER PARA TRAER UNIDADES DE SANGRE DE HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ Y SER UTILIZADO EN PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS.

EN VEHICULO NISSAN TSURU PLACA WEZ 2706 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 18 DE JUNIO DEL 2021, A LAS 14:30 HRS.
EL VEHICULO LO CONducIRA BERNARDO MATA GARCIA

CON LICENCIA No. L3000RC1075406 CON VENCIMIENTO 28/02/2022

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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: 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 (DOSCIENOS 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

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA
SUBDIRECTOR 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. BERNARDO MATA GARCIA

FIRMA DE CONFORMIDAD

Mora Sa. de 14: 50X III No va llega ca 10. 50X III

CLINICA-HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
BLVD. BENITO JUÁREZ No. 15, ENTRE GILBERTO CALLES Y RIO MAYO.
Tel: 01 (622) 222-77-88. Guaymas, Sonora.

Bernardo Matag.
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Guaymas, Sonora a 18 de junio de 2021

SOLICITUD DE INTERCAMBIO DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y COMPONENTES SANGUINEOS

Médico Responsable	Dr. Luis Mario Villela Martínez
Autorización No.-	
Establecimiento	Banco de Sangre Dr. Ignacio 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	A	Positivo	1	
Plasma Fresco Congelado				
Crioprecipitados				
Concentrado Plaquetario				
Otros: Especifique				

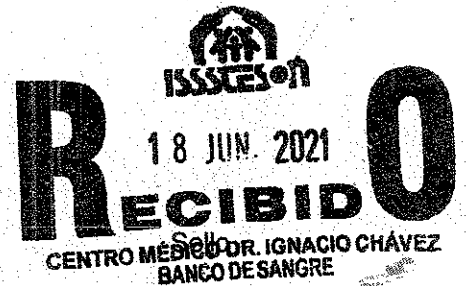
Servicios Solicitados	No.-	Observaciones o Requerimientos Especiales
Procedimiento de Aféresis		
Concentrado de Eritrocitos Lavados		
Concentrado de Eritrocitos Desleucocitados		
Fracciones Pediátricas		
Reconstrucción		

Nombre del Paciente	
Diagnostico por el que requiere	
Médico que Indica	

Atentamente:

PA
Dra. Jennifer Garibay Ulloa
Encargada Servicio de Transfusión
Clínica - Hospital ISSSTESON Guaymas

Elaboró:



ESTA SOLICITUD DE INTERCAMBIO NO PODRÁ SER REPRODUCIDA EN FORMA TOTAL O PARCIAL SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE ISSSTESON GUAYMAS

NOTA: FORMA OFICIAL AJUSTADA AL SECTOR PUBLICO (IMSS, ISSSTE, CRM, PEMEX, SDN, SEDEMAR)

CEDER SANGRE, ES CEDER VIDA