



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

Comprobación de Gastos



Número: 10004

Divisa: 01

Fecha: 14/09/2021

Deudor: (000418) IBARRA MINJAREZ SERGIO

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	1	VIATICOS NACIONALES	133100	NA CHEQUE 002240--	0.00	0.00	1,400.00

<p>Elaboró</p> <p><i>Daniela Trasviña</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p>Autorizó</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO</p>	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	1,400.00
		RESTA	0.00

CG 10 004

14 09 2021

IBARRA MINJAREZ SERGIO

1,400.00

(Un Mil Cuatrocientos Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	1,400.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	1,400.00

martes 14 septiembre 2021

\$1,400.00

\$1,400.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002240

L.C.

LIC. MANUEL ALEJANDRO ESPINOZA LOPEZ



**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: 86447

Pago a: Deudor

Fecha: 14/09/2021

Deudor: 000418 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
88611 Sol. Egreso	1	1,400.00	0.00	1,400.00

OBSERVACIONES	Subtotal: 1,400.00
	IVA: 0.00
	Total: \$1,400.00
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u> AUTORIZO	



PROVEEDOR: IBARRA MINJAREZ SERGIO 000418		GASTO CORRIENTE	
DIRECCIÓN: -		Fecha de Entrega: 13/09/2021	
RFC: TEL(S): FAX:		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS		Dirección:	
DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		TEL(S): Fax:	
CONDICIONES ADICIONALES: *****			

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	1,400.00	1,400.00

IMPORTE EN LETRA: Un Mil Cuatrocientos Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	1,400.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	1,400.00

Observaciones: DIAS 09 Y 13 SEPTIEMBRE DEL 2021

Condiciones de Entrega:

En caso de que el instituto requiera los certificados analíticos de los medicamentos, deberá exhibirlos en el almacén indicado en la orden de compra, mismo que deberán estar emitidos por el laboratorio fabricante de conformidad al Reglamento de insumos para la salud y demás disposiciones aplicables. No se aceptara insumos para la salud con fecha de caducidad menor a 12 meses, o en el caso de productos que no requieran de caducidad, deberán indicar la fecha de fabricación; asimismo, para aquellos productos inyectables que contengan diluyentes, deberán indicar los lotes y caducidades de estos. Todos los medicamentos surtidos deberán tener impreso el precio al público para proceder a su recepción. Cuando la entrega de mercancía exceda la fecha límite de entrega el departamento de compras y almacén correspondiente determinara su recepción o rechazo. La Factura deberá cumplir con los requisitos fiscales, así mismo deberá contener referenciado el número de orden de compra y detalle de cada uno de los insumos a entregar tal como se indica en la orden de compra, además tratándose de insumos para la salud deberá de detallar el lote y caducidad.

COPIA

RECIBIDO
14 SEP 2021
DEPTO DE CONTABILIDAD
CLÍNICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

9:11am

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

H. NOGALES, SONORA DE 13 SEPTIEMBRE DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON

SUBDIRECTOR MEDICO

PRESENTE:

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 11 de septiembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **ACUÑA RIVERA AURELIO** Con número de afiliación **292503** para ser trasladado del Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, de la ciudad de Hermosillo Sonora a Clínica Hospital Nogales para seguir con tratamiento Hospitalario.

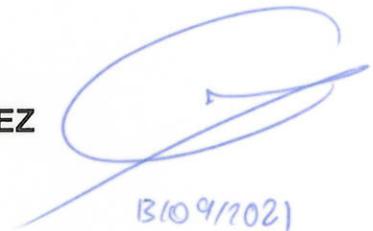
Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el mismo día 11 de Septiembre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.


ATENTAMENTE

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

CHOFER


13/09/2021

AVISO DE COMISION

10	09	2021
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 11 SEPTIEMBRE AL 11 SEPTIEMBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	TRASLADO DE PACIENTE DE HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ A HOSPITAL NOGALES	700.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ, AUTOBUS

CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____ **J.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00

CUOTA DIARIA 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 CASSETAS:

No. DE CASSETAS: ___ X COSTO UNITARIO \$ _____

No. DE CASSETAS: ___ 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
 DIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

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 CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, AUTORIZANDO EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD





AVISO DE COMISION

10	09	2021
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN
 UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 11 SEPTIEMBRE AL 11 SEPTIEMBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	TRASLADO DE PACIENTE DE HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ A HOSPITAL NOGALES	700.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCE C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ, AUTOBUS _____

CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____ I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00

CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINO ___ DIAS ___ IMPORTE VIATICOS _____

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

_____/_____/_____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASITAS:

No. DE CASITAS: ___ X COSTO UNITARIO \$ _____

No. DE CASITAS: ___ 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 MNY)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
 DIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDEA 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. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ
 FIRMA DE CONFORMIDAD



 CENTRO MÉDICO "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
VIGENCIA
 11 SEP. 2021

ELABORO: ARAJ

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS
 HERMOSILLO, SONORA.



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

H. Nogales, Sonora a 09 de Septiembre del 2021
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
SUBDIRECTOR MEDICO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES
Presente:

Por medio del presente informo a usted que fui comisionado a:

LUGAR: HERMOSILLO SONORA.

DIA: VIERNES 10 DE SEPTIEMBRE DEL 2021.

DIA DE REGRESO: VIERNES 10 DE SEPTIEMBRE DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: ENTREGA DE CORRESPONDENCIA Y RECOGER MATERIAL EN ALMACEN CENTRAL

Sin otro particular por el momento, quedo a sus apreciables órdenes para cualquier duda y/o aclaración al respecto.

ATENTAMENTE:



SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ
CHOFER


09/09/2021

RECIBIDO
10 SEP 2021
COORDINACION DE

09	09	2021
----	----	------

AVISO DE COMISION

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCION
 UBICACION. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 10 SEPTIEMBRE AL 10 SEPTIEMBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE CORRESPONDENCIA Y RECOGER MATERIAL EN ALMACEN CENTRAL	700.00

EN VEHICULO DIA Y HORA DE RECEPCION
 EL VEHICULO LO CONDUCIERA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AUTOBUS
 CON LICENCIA No CON VENCIMIENTO **I.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00
 CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO DIAS IMPORTE VIATICOS

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

 / = X \$ = \$
 KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASITAS:

No. DE CASITAS: X COSTO UNITARIO \$
 No. DE CASITAS: 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
 DIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

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 NOMINA.

A T E N T A M E N T E

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ
 FIRMA DE CONFORMIDAD

ELABORO: ARAQ