



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

Comprobación de Gastos



10005

Número: 10005

Divisa: 01

Fecha: 14/09/2021

Deudor: (000424) RODRIGUEZ ESTRELLA 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	1	VIATICOS NACIONALES	133099	NA CHEQUE 0002242--	0.00	0.00	1,350.00

<p>Elaboró</p> <p><i>Daniela Traviña</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p>Autorizó</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO</p>	<p>PORC_IVA % 0 %</p> <p>IVA_GTO 0.00</p> <p>TOTAL 1,350.00</p> <p>RESTA 0.00</p>	
--	--	---	--

CG 10005

14 09 2021

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

1,350.00

(Un Mil Trescientos Cincuenta Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	1,350.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	1,350.00

martes 14 septiembre 2021

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002242

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: 86444

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 14/09/2021

Proveedor: 000424 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
88634 Sol. Egreso		1,350.00	0.00	0.00	1,350.00

OBSERVACIONES	Subtotal:	1,350.00
	Retención:	0.00
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u> AUTORIZO	IVA:	0.00
	Total:	1,350.00



PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424		Fecha de Entrega: 13/09/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS	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	1,350.00	1,350.00

IMPORTE EN LETRA: Un Mil Trescientos Cincuenta Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	1,350.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	1,350.00

Observaciones: Reunión de Subd. Medica el 9 de sept 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
de 9:11am



PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424		Fecha de Entrega: 13/09/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS	DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		CONDICIONES ADICIONALES: *****
			TEL(S): Fax:

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	1,350.00	1,350.00

IMPORTE EN LETRA: Un Mil Trescientos Cincuenta Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	1,350.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	1,350.00

Observaciones: Reunión de Subd. Medica el 9 de sept 2021

Condiciones de Entrega:

En caso de que el instituto requiera los certificados analiticos 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 éstos.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.

ORIGINAL

RECIBIDO
14 SEP 2021
DEPTO DE CONTABILIDAD
CLÍNICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES



H. Nogales, Sonora a 10 de Septiembre del 2021
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente informo a usted que fui comisionado a: la ciudad de Hermosillo, para asistir a reunión en la Subdirección Médica

LUGAR: Hermosillo, Sonora, Auditorio del Hospital Ignacio Chávez

DIA: Jueves 09 de Septiembre del 2021

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Junta de Subdirección Médica

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

Atentamente

Dr. Ramon Rodríguez Estrella
Director
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

C.c.p. Archivo
RRE/lamb

[Handwritten signature]
13/09/2021
10:42 am



Gobierno del
Estado de Sonora

Unidos logramos más

BLVD. LOS ALAMOS # 520, COL. PUEBLO NUEVO, C.P.84080,
RUMBO VIEJO CAMINO A CANANEA, NOGALES, SONORA
TELÉFONO(S): (631)152-00-50, 51

AVISO DE COMISION

08 09 21

C. DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA AFILIACION 14834401 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACION: DIRECCION PUESTO DIRECTOR NIVEL 12-1 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA. DURANTE 01 DIA(S). EL 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2021.

Table with 4 columns: LOCALIDAD, DIAS, MOTIVO DE LA COMISION, TARIFA. Row 1: HERMOSILLO SONORA, 1, JUNTA DE SUBDIRECCION MEDICA, 1,350.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCION ___ EL VEHICULO LO CONDUCIRA C ___ CON LICENCIA No CON VENCIMIENTO -

I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS [] DENEGADOS [] COMPROBABLES [] NO COMPROBABLES [X]

CUOTA DIARIA \$1,350.00 POR 1 DIA(S). IMPORTE VIATICOS \$1,350.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA:

___ / ___ = ___ X \$ ___ = \$ ___

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE 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 : \$1,350.00 (SON: MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M N) CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1362DK03-37501

DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA. DIRECTOR DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 24 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

DR RAMÓN RODRIGUEZ ESTRELLA. FIRMA DE CONFORMIDAD

