



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

Comprobación de Gastos



Número: 10253

Divisa: 01

Fecha: 19/10/2021

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	135525	NA CHEQUE 002284--	0.00	0.00	1,350.00

Elaboró	Autorizó		
ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE	RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	1,350.00
		RESTA	0.00

CG 10253

15 10 2021

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

1,350.00

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

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

viernes 15 octubre 2021

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002284

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: 87816

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 11/10/2021

Proveedor: 000424 LACY VALENZUELA CARMEN AIDA

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
90062 Sol. Egreso		1,350.00	0.00	0.00	1,350.00

OBSERVACIONES

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

Subtotal:	1,350.00
Retención:	0.00
IVA:	0.00
Total:	1,350.00



PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424 DIRECCIÓN: - RFC: TEL(S): FAX:		GASTO CORRIENTE Fecha de Entrega: 11/10/2021 Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES Dirección: TEL(S): Fax:	
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS		DESCUENTO PRONTO PAGO: *****	
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. NUM. LICITACIÓN: PROCEDIMIENTO: U.R.S: Requisición(es): 0	SUBTOTAL 1,350.00 I.V.A. 0.00 IMPUESTOS 0.00 RETENCIONES 0.00 TOTAL MXN 1,350.00
--	--

Observaciones: Viáticos del 8 Oct 2021. Reunión en CIAS SUR.

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.



 C.p. Manuel Espinoza Lopez

ORIGINAL



 11/10/2021
 11:37am

AVISO DE COMISION

07	10	21
----	----	----

C. DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA AFILIACION 14834401 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACIÓN: DIRECCION PUESTO DIRECTOR NIVEL 12-I ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA. DURANTE 01 DIA(S), EL 08 DE OCTUBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	REUNIO EN HOSPITAL CIAS SUR	1,350.00

EN VEHICULO DIA Y HORA DE RECEPCIÓN EL VEHICULO LO CONDUCIRA C
 CON LICENCIA No CON VENCIMIENTO

I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

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





H. Nogales, Sonora a 11 de Octubre 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 de la Comisión Mixta de Revisión del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.

LUGAR: Hermosillo, Sonora, en el aula de usos múltiples del Centro Integral de Atención a la Salud Unidad Sur (CIAS Sur).

DIA: Viernes 08 de Octubre del 2021


MOTIVO DE LA COMISIÓN: Junta de la Comisión Mixta de Revisión del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.

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


Recibido
11/10/2021
9:30 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



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

Hermosillo, Sonora a 20 de Septiembre 2021
Oficina: Secretaría Técnica de la Comisión Mixta de
Revisión del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos
Oficio: CRCB-009-2021

2021: "AÑO DE LAS TRABAJADORAS Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD"

DR. RAMÓN RODRÍGUEZ ESTRELLA

Director del Hospital Nogales

P r e s e n t e.-

Por medio de la presente, se le hace una cordial invitación para que asista a la Reunión del Comité Revisor del Cuadro Básico de Medicamentos, el día 08 de Octubre del 2021 a las 08:00 hrs. en el Aula de Usos Múltiples del Centro Integral de Atención a la Salud Unidad Sur.

Los puntos a tratar son los siguientes:

- Propuestas de Cambio en Prescripción/Nivel/Clasificación 2022.
- Propuestas de Inclusión y Exclusión para 2022.
- Evaluación y votación de los cambios para el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos 2022.
- Revisión de Medicamentos del Cuadro Básico para uso hospitalario.

Sin otro particular, y esperando contar con su presencia, agradezco la atención brindada a la presente, quedando de Usted.

A t e n t a m e n t e

DR. JORGE ALEJANDRO FIGUEROA GARCÍA

Srio. Técnico de la Comisión Mixta de Revisión del
Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.

C.C.P.-Archivo
JAFG



Gobierno del
Estado de Sonora

Unidos logramos más



BANCO SANTANDER MÉXICO, S.A.
INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE
GRUPO FINANCIERO SANTANDER MÉXICO

29624622

Páguese por este cheque a:

Fecha 15/10/2021

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

\$ 1,350.00

MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

CUENTA TRADICIONAL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

SUC. 4533 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.
CTA. 65505090318 ISS630101488
CLABE 014760655050903184

[Handwritten signature]
Firma(s)

*Pagado
15/10/2021
D. Ramon Rodriguez E.*

151327

880305176001471655050903180002284

CUENTA No.

CHEQUE No.