



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

## Comprobación de Gastos



Número: 10266

Divisa: 01

Fecha: 22/10/2021

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	135959	NA CHEQUE 002300--	0.00	0.00	1,350.00

<p style="text-align: center;">Elaboró</p> <p style="text-align: center;"><i>Daniela Trasviña</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p style="text-align: center;">Autorizó</p> <p style="text-align: center;"><i>Ramon Alberto Gonzalez Tamayo</i></p> <p>RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO</p>	<p>PORC_IVA %</p> <p>IVA_GTO</p> <p>TOTAL</p> <p>RESTA</p>	<p>0 %</p> <p>0.00</p> <p>1,350.00</p> <p>0.00</p>
---	--	--	--

CG 10266

21 10 2021

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

1,350.00

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

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

jueves 21 octubre 2021

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002300

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: 88281

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 20/10/2021

Proveedor: 000424 RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
90502 Sol. Egreso		1,350.00	0.00	0.00	1,350.00

**OBSERVACIONES**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

**AUTORIZO**

<b>Subtotal:</b>	<b>1,350.00</b>
<b>Retención:</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA:</b>	<b>0.00</b>
<b>Total:</b>	<b>1,350.00</b>



PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424		Fecha de Entrega: 19/10/2021	
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: *****

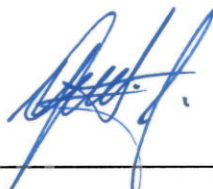
#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	1,350.00	1,350.00

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 del 15 Oct 2021, Firma de cuadro básico

**Condiciones de Entrega:**

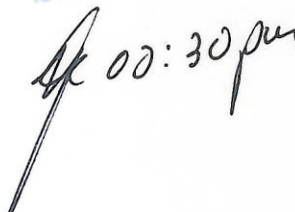
En caso de que el instituto requiera los certificados analíticos de los medicamentos, deberá exhibirlos en el almacén indicado en la orden de compra, mismo que deberán estar emitidos por el laboratorio fabricante de conformidad al Reglamento de insumos para la salud y demás disposiciones aplicables. 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

ORIGINAL

  
\_\_\_\_\_

**RECIBIDO**  
19 OCT 2021  
DEPTO DE CONTABILIDAD  
CLÍNICA HOSPITAL  
ISSSTESON NOGALES

  
de 00:30 pm



H. Nogales, Sonora a 18 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 firma del Cuadro Básico Institucional de Medicamentos.

**LUGAR:** Hermosillo, Sonora, en las oficinas de la Subdirección Medica.

**DIA:** Viernes 15 de Octubre del 2021

**MOTIVO DE LA COMISIÓN:** Firma 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/lamp

*[Handwritten signature]* 18/10/2021



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

14	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 15 DE OCTUBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	FIRMA DE CUADRO BASICO INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS EM LA SUBDIRECCION MEDICA, OFICINAS CENTRALES	1,350.00

EN VEHICULO \_\_\_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_ EL VEHICULO LO CONDUCCIRA 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 RECORDER 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





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

29676343

Páguese por este cheque a: Fecha 21/10/2021

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

\$ 1,350.00

MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

151377

CUENTA TRADICIONAL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

SUC. 4533 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.  
CTA. 65505090318 SS830101488  
CLABE 014760655050903184



Firma(s)

24 24 5 1 7600 14 7 6 5 50 50 90 3 18 00 2 300

CUENTA No.

CHEQUE No.

*Handwritten signature and date:*  
14/10/2021  
De Ramon Rodriguez Estrella