



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

## Comprobación de Gastos



Número: 10372

Divisa: 01

Fecha: 17/11/2021

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	137537	NA CHEQUE 002314--	0.00	0.00	1,400.00

<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 %</p> <p>IVA_GTO</p> <p>TOTAL</p> <p>RESTA</p>	<p>0 %</p> <p>0.00</p> <p>1,400.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--

CG. 10372

16 11 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 16 noviembre 2021

\$1,400.00

\$1,400.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002314

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: 89484

Pagó a: Deudor

Fecha: 11/11/2021

Deudor: 000418 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
91670 Sol. Egreso	1	1,400.00	0.00	1,400.00

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



PROVEEDOR: IBARRA MINJAREZ SERGIO 000418		Fecha de Entrega: 10/11/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : .	
RFC: TEL(S): FAX:		U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
PLAZO PARA PAGAR		Dirección:	
CONTADO	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	2	Servicio	700.00	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: TRASLADOS A LA CIUDAD DE HERMOSILLO LOS DIAS 5 Y 9 DE NOVIEMBRE 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.

Ing. Fco. Rubén Márquez P

*[Handwritten signature]*

ORIGINAL

RECIBIDO  
11 NOV 2021  
DEPTO. DE SALUD  
CLINICA HOSPITAL  
ISSSTESON

*[Handwritten signature]*

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

**H. NOGALES, SONORA 08 DE NOVIEMBRE 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 05 de Noviembre del 2021 por necesidad del servicio para la entrega de correspondencia a las oficinas centrales de Isssteson de Hermosillo Sonora.

Regresando a Nogales el mismo día 05 de Noviembre del 2021

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

  
**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**



**AVISO DE COMISION**

04	11	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 05 NOVIEMBRE AL 05 NOVIEMBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON	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 RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

**B. SOLICITUD DE CASETAS:**

No. DE CASETAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_

No. DE CASETAS: \_\_\_ 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. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA  
 DIRECTOR 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 CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

**RECIBIDO**  
 VF 8:59  
 05 NOV. 2021  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 HERMOSILLO, SONORA

ELABORO. ARH

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

**H. NOGALES, SONORA 10 DE NOVIEMBRE 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 09 de Noviembre del 2021 por necesidad del servicio para la entrega de correspondencia a las oficinas centrales de Isssteson de Hermosillo Sonora.

Regresando a Nogales el mismo día 09 de Noviembre del 2021

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

  
**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

  
10/11/2021

**AVISO DE COMISION**

08	11	2021
----	----	------

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 09 NOVIEMBRE AL 09 NOVIEMBRE DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
<b>HERMOSILLO SONORA</b>	<b>1</b>	<b>ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON</b>	<b>700.00</b>

EN VEHICULO            DIA Y HORA DE RECEPCION             
 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 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**  
 SUBDIRECTOR 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 SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE  


C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

**RECIBIDO**  
 09 NOV. 2021  
 Da 9:28  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 HERMOSILLO ELABORO: ARAQ



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

29041792

Páguese por este cheque a:

Fecha 16/11/2021

IBARRA MINTAREZ SERGIO

\$ 1,400.00

MIL CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

CUENTA TRADICIONAL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

SUC. 4823 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.

CTA. 65505090318 ISS630101488

CLABE 014780655050903184

*[Handwritten signature]*

Firma(s)

*[Handwritten signature]*  
16-NOV-21

151327

1006151760014716550509031810002314

CUENTA No.

CHEQUE No.



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

29041792

Páguese por este cheque a:

Fecha 16/11/2021

IBARRA MINTAREZ SERGIO

\$ 1,400.00

CON LETRA MIL CUATROCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

CUENTA TRADICIONAL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

SUC. 4633 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.

CTA. 65505090318 ISS630101488

CLABE 014780655050903184

*[Handwritten signature]*

Firmado

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten text: 16-NOV-21]*

151327

1006151760014716550509031810002314

CUENTA No.

CHEQUE No.