



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

Comprobación de Gastos



Número: 10528

Divisa: 01

Fecha: 07/12/2021

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	139457	NA CHEQUE 002318--	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 %</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. 10528

06 12 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

lunes 06 diciembre 2021

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002318

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: 90643

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 01/12/2021

Proveedor: 000424 RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
92966 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		Fecha de Entrega: 01/12/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CONTADO	DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		CONDICIONES ADICIONALES: *****
			TEL(S): Fax:

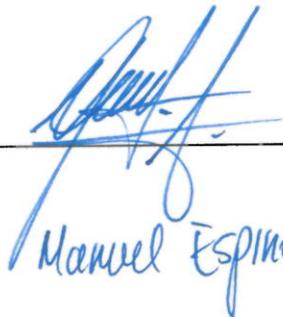
#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	1,350.00	1,350.00

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: Viático del 26 nov 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.


Manuel Espinoza

ORIGINAL



RECIBIDO
01 DIC 2021
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA
CLÍNICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

 11:00am



H. Nogales, Sonora a 29 de Noviembre 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 CIAS Sur.

LUGAR: Hermosillo, Sonora, en el Auditorio del CIAS Sur.

DIA: Viernes 26 de Noviembre del 2021

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Reunión.

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//amb

RECIBIDO
30 NOV 2021
DEPTO. DE CONTABILIDAD
CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES


02:20 pm

AVISO DE COMISION

25	11	21
----	----	----

C. DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA AFILIACION 14834401 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACIÓN. DIRECCION PUESTO DIRECTOR NIVEL 124 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA. DURANTE 01 DIA(S), EL 26 DE NOVIEMBRE DEL 2021.

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

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____ EL VEHICULO LO CONDUCTIRA 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

