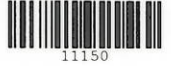




**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA**

**Comprobación de Gastos**



Número: 11150

Divisa: 01

Fecha: 21/02/2022

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	5	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	146601	NA CHEQUE 002407--	0.00	0.00	1,350.00

<p>Elaboró</p> <p><i>Daniela Trasviña</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p>Autorizó</p> <p><i>Ramon 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. 11150

21 02 2022

RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

1,350.00

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

1-1-2-3-1-000-0000 DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR  
1-1-1-3-1-016-0000 CUENTA 65505090318 NOGALES

1,350.00  
0.00

0.00  
1,350.00

lunes 21 febrero 2022

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

00000000065505090318

0000000000000002407

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: 95212

Pago a: Deudor

Fecha: 17/02/2022

Deudor: 000424 RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
98802 Sol. Egreso	1	1,350.00	0.00	1,350.00

<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>1,350.00</b>
	<b>IVA:</b>	<b>0.00</b>
	<b>Total:</b>	<b>\$1,350.00</b>
<p>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</p> <p><b>AUTORIZO</b></p>		



PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424		Fecha de Entrega: 16/02/2022	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:                      TEL(S):                      FAX:		Dirección:	
PLAZO PARA PAGAR CONTADO		TEL(S):                      Fax:	
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.	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

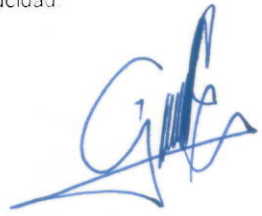
Observaciones: Viáticos del 14 Ene 2022 Junta en Dirección en Oficinas centrales

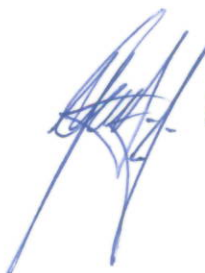
**Condiciones de Entrega:**

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 aceptará 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 determinará 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 Alejandro Espinoza

ORIGINAL



 16/02/2022  
01:43 pm



H. Nogales, Sonora a 15 de Febrero del 2022  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

**A QUIEN CORRESPONDA**

Por medio de la presente informo a usted que fui comisionado a la ciudad de Hermosillo.

**LUGAR:** Hermosillo, Sonora, en Oficinas Centrales, Unidad Jurídica.

**DIA:** Lunes 14 de Febrero del 2022


**MOTIVO DE LA COMISIÓN:** Junta en Dirección en Oficinas Centrales.

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

**Atentamente**

  
**Dr. Ramon Rodriguez Estrella**  
**Director**  
**Clínica Hospital ISSSTESON Nogales**

C.c.p. Archivo  
RRE/lamb

 15/feb/2022  
11:43 am



## AVISO DE COMISION

11 02 22

C. DR RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA AFILIACION 14834401 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACION. DIRECCION PUESTO DIRECTOR NIVEL 121 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
DURANTE 01 DIA(S), EL 14 DE FEBRERO DEL 2022

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	JUNTA EN DIRECCION, OFICINAS CENTRALES	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

