



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

Comprobación de Gastos



Número: 9612

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (000419) CONTRERAS LOPEZ JESUS MANUEL

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	129340	NA CHEQUE 002098--	0.00	0.00	700.00

<p style="text-align: center;">Elaboró</p> <p style="text-align: center;"><i>Daniela Traviña</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>700.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--

CG 9612

15 07 2021

CONTRERAS LOPEZ JESUS MANUEL

700.00

(Setecientos Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	700.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	700.00

jueves 15 julio 2021

\$700.00

\$700.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

00000000000000002098

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: 81913

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 13/07/2021

Proveedor: 000419 CONTRERAS LOPEZ JESUS MANUEL

U. Resp.: 97

CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
84674 Sol. Egreso		700.00	0.00	0.00	700.00

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES	Subtotal:	700.00
	Retención:	0.00
<p style="text-align: center;">Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZO</p>	IVA:	0.00
	Total:	700.00



PROVEEDOR: CONTRERAS LOPEZ JESUS MANUEL 000419		GASTO CORRIENTE	
DIRECCIÓN: -		Fecha de Entrega: 13/07/2021	
RFC: TEL(S): FAX:		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
PLAZO PARA PAGAR CONTADO		Dirección:	
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	700.00	700.00

IMPORTE EN LETRA: Setecientos Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	700.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	700.00

Observaciones: Viáticos del 25jun 2021 por traslado

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. Eco. Rubén Maza P.

ORIGINAL

RECIBIDO
13 JUL 2021
DEPTO DE CONTABILIDAD
CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

11:14am

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

H. NOGALES, SONORA 28 DE JUNIO 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 25 de Junio del 2021 por necesidad del servicio para la entrega de correspondencia en oficinas centrales y recoger ambulancia # 63 al taller. En la ciudad de Hermosillo Sonora.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales mismo día 25 de Junio del 2021.

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

ATENTAMENTE

C. JESUS MANUEL CONTRERAS LOPEZ

CHOFER



PA Juan C. 16/6 m.

AVISO DE COMISION

24	06	21
----	----	----

C. JESUS MANUEL CONTRERAS LOPEZ AFILIACION 14242601 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 25 JUNIO AL 25 JUNIO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ENTREGA DE CORRESPONDENCIA EN OFICINAS CENTRALES Y RECOGER AMBULANCIA # 63 AL TALLER.	700.00

EN VEHICULO DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA 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 DIÁRIA 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 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. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA

DIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOG

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. JESUS MANUEL CONTRERAS LOPEZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
 25 JUN 2021
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
 HERMOSILLO, SONORA

ELABORO: ARAQ