



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

Comprobación de Gastos



Número: 9614

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

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	129339	NA 002099--	0.00	0.00	700.00

<p style="text-align: center;">Elaboró</p> <p style="text-align: center;"><i>Daniel Trasuiza</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p style="text-align: center;">Autorizó</p> <p style="text-align: center;"><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>700.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--

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

jueves 15 julio 2021

\$1,350.00

\$1,350.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

00000000000000002099

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: 82221

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 14/07/2021

Proveedor: 000424 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
84858 Sol. Egreso		1,350.00	0.00	0.00	1,350.00

OBSERVACIONES	Subtotal:	1,350.00
	Retención:	0.00
	IVA:	0.00
	Total:	1,350.00
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u> AUTORIZO		

PROVEEDOR: RODRIGUEZ ESTRELLA RAMON 000424 DIRECCIÓN: - RFC: TEL(S): FAX:		GASTO CORRIENTE Fecha de Entrega: 14/07/2021 Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES Dirección: TEL(S): Fax:	
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS		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. NUM. LICITACIÓN: PROCEDIMIENTO: U.R.S: Requisición(es): 0	SUBTOTAL	1,350.00
	I.V.A.	0.00
	IMPUESTOS	0.00
	RETENCIONES	0.00
	TOTAL MXN	1,350.00

Observaciones: Viáticos del 9 julio 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.



C. P. Manuel Alejandro
Espinoza Lopez

ORIGINAL



RECIBIDO
14 JUL 2021
DEPTO. DE CONTABILIDAD
CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

02:38pm



H. Nogales, Sonora a 12 de Julio del 2021
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente informo a usted que fui comisionado a: para recoger medicamento de Fentanilo al Hospital Ignacio Chávez.

LUGAR: Hermosillo, Sonora

DIA: Viernes 09 de Julio del 2021

MOTIVO DE LA COMISIÓN: Recoger medicamento de Fentanilo al Hospital Ignacio Chávez y asistir a las oficinas generales de ISSSTESON para ver procedimiento de trámite en jurídico por firma de formatos para Licencia Sanitaria de la Unidad

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

[Handwritten signature]
13/06/2021

AVISO DE COMISION

09	07	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 09 DE JULIO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	PARA RECOGER MEDICAMENTO DE FENTANILO AL HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ	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 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