



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

Comprobación de Gastos



Número: 9615

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (001557) MONTOYA ROBINSON GABRIEL OCTAVIO

Dirección: AVENIDA DEL PASEO # 19

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	129338	NA CHEQUE 002100--	0.00	0.00	850.00

<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>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>850.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--

CG 9615

15 07 2021

MONTOYA ROBINSON GABRIEL OCTAVIO

850.00

(Ochocientos Cincuenta Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	850.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	850.00

jueves 15 julio 2021

\$850.00

\$850.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002100

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: 81925

Pago a: Deudor

Fecha: 13/07/2021

Deudor: 001557 MONTOYA ROBINSON GABRIEL OCTAVIO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
84394 Sol. Egreso	1	850.00	0.00	850.00

OBSERVACIONES	Subtotal:	850.00
	IVA:	0.00
	Total:	\$850.00
_____ Lic. José Alfredo Ramírez Fontes AUTORIZO		



PROVEEDOR: MONTOYA ROBINSON GABRIEL OCTAVIO 001557 DIRECCIÓN: - RFC: TEL(S): FAX:		GASTO CORRIENTE Fecha de Entrega: 08/07/2021 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	850.00	850.00

IMPORTE EN LETRA: Ochocientos Cincuenta Pesos 00/100 M.N. NUM. LICITACIÓN: PROCEDIMIENTO: U.R.S: Requisición(es): 0		SUBTOTAL	850.00
		I.V.A.	0.00
		IMPUESTOS	0.00
		RETENCIONES	0.00
		TOTAL MXN	850.00

Observaciones: VIATICOS 06 DE JULIO 2021 HERMOSILLO

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.

ORIGINAL

RECIBIDO
08 JUL 2021
DEPTO DE CONTABILIDAD
CLÍNICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

10:00 am

H. Nogales, Sonora a 07 de Julio del 2021
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES
Presente:

Por medio del presente informo a usted que fui comisionado a:

LUGAR: HERMOSILLO SONORA.

DIA: MARTES, 06 DE JULIO DEL 2021.

DIA DE REGRESO: MARTES, 06 DE JULIO DEL 2021

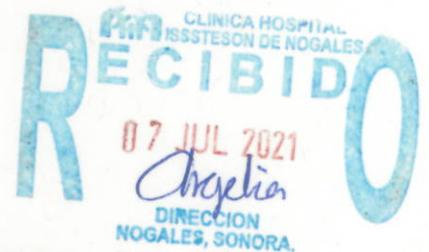
MOTIVO DE LA COMISION: ACUDIR AL DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL ENTREGA DE OFICIO Y TRAMITES DE VALORACION POR DICHO DEPARTAMENTO.

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

ATENTAMENTE:



DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
COORDINADOR MEDICO



AVISO DE COMISION

05	07	2021
----	----	------

C. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON AFILIACION 15305401 AREA DE ADSCRIPCION: SUBDIRECCIÓN
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO COORDINADOR MEDICO NIVEL 9I
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.
 DURANTE 1 DIA, DEL 06 JULIO AL 06 JULIO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
HERMOSILLO SONORA	1	ACUDIR AL DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL ENTREGA DE OFICIO Y TRAMITES DE VALORACION POR DICHO DEPARTAMENTO.	850.00

EN VEHICULO ___ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ_ AUTOBUS _____

CON LICENCIA _____ No CON VENCIMIENTO _____ I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$850.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$850.00

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: \$850.00 (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.

ATENTAMENTE

C. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON

FIRMA DE CONFORMIDAD

RECIBIDO
 07 JUL 2021
 Angelia
 DIRECCION
 NOGALES, SONORA.

RECIBIDO
 06 JUL 2021
 ELABORO: ARA
 DEPARTAMENTO DE
 SALUD OCUPACIONAL
 HERMOSILLO, SONORA