



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

## Comprobación de Gastos



9623

Número: 9623

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: ( 000418) IBARRA MINJAREZ SERGIO

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	129333	NA CHEQUE 002097--	0.00	0.00	2,100.00

<p>Elaboró</p> <p><i>Daniela Traviña</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>2,100.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--



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

CG. 9623



BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA  
R.F.C. : ISS630101488

**ORDEN DE PAGO**

Clave: 81918

Pago a: Deudor

Fecha: 13/07/2021

Deudor: 000418 IBARRA MINJAREZ SERGIO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
84569 Sol. Egreso	1	2,100.00	0.00	2,100.00

OBSERVACIONES	<b>Subtotal:</b>	<b>2,100.00</b>
	<b>IVA:</b>	<b>0.00</b>
	<b>Total:</b>	<b>\$2,100.00</b>
<p style="text-align: center;">Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</p> <p style="text-align: center;"><b>AUTORIZO</b></p>		




							GASTO CORRIENTE		
PROVEEDOR: IBARRA MINJAREZ SERGIO 000418					Fecha de Entrega: 12/07/2021				
DIRECCIÓN: -					Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES				
RFC:		TEL(S):		FAX:		Dirección:			
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS		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	3	Servicio	700.00	2,100.00		
IMPORTE EN LETRA: Dos Mil Cien Pesos 00/100 M.N.						SUBTOTAL		2,100.00	
NUM. LICITACIÓN:						I.V.A.		0.00	
PROCEDIMIENTO:						IMPUESTOS		0.00	
U.R.S:						RETENCIONES		0.00	
Requisición(es): 0						TOTAL MXN		2,100.00	

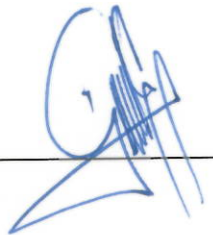
Observaciones: Los dias 06 y 06 nocturno y 09 de julio del 2021

**Condiciones de Entrega:**

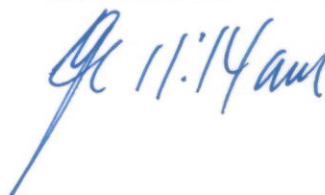
En caso de que el instituto requiera los certificados analíticos de los medicamentos, deberá exhibirlos en el almacén indicado en la orden de compra, mismo que deberán estar emitidos por el laboratorio fabricante de conformidad al Reglamento de insumos para la salud y demás disposiciones aplicables. 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.

  
Ing. Fco. Ribón M. P.

ORIGINAL



**RECIBIDO**  
13 JUL 2021  
DEPTO DE CONTABILIDAD  
CLÍNICA HOSPITAL  
ISSSTESON NOGALES

  
11:14 am

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

H. NOGALES, SONORA DE 08 JULIO 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 06 de Julio del 2021 por necesidad del servicio para el traslado de la paciente **FIGUEROA NORIEGA ANA MARIA** con número de afiliación **3262808** con diagnóstico de **ABDOMEN AGUDO**, por requerir valoración por especialista en el Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, en la ciudad de Hermosillo Sonora.

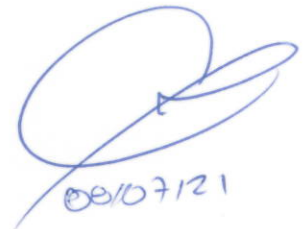
Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 07 de Junio del 2021.

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

  
ATENTAMENTE

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

  
08/07/21



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

---

**CONSTANCIA DE HOSPITALIZACION**

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.  
OFICIO: CMDICH/2020  
NO. DE AFILIACION: **3262808**

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A)

**ANA MARIA FIGUEROA NORIEGA**

INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS, EL DIA 07 DE JULIO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO, A LAS 01:59 HRS.

ATENDIDO (A) POR EL (A) DOCTOR (ES): **MARIO PURECO**

OBSERVACIONES: paciente acude al área de resonancia (RX), quien SI (X ) NO ( ) presenta documentación de referencias de la localidad de (**NOGALES**), en transporte de ambulancia:

- ( X ) ISSSTESON
- ( ) SNTE
- ( ) CRUZ ROJA MEXICANA
- ( ) PARTICULAR
- ( ) SECRETARIA DE SALUD

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICION DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA. A LOS 07 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.



TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.

ATENTAMENTE

---

LTS. KARLA VALERIA LOPEZ CARMONA  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.  
URGENCIAS.



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

H. Nogales, Sonora 6 de julio de 2021.  
DIRECCION MÉDICA.  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.  
OFICIO: DMCHN- -2021.  
ASUNTO: Comisión de Traslado.

**C.SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**  
**CHOFER**  
**MARÍA DE LA LUZ DIAZ DE LEÓN**  
**ENFERMERA**

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado de la siguiente paciente, **FIGUEROA NORIEGA ANA MARIA** Con Número de Afiliación: **3262808** Con diagnóstico de: **ABDOMEN AGUDO**, Por requerir atención especializada en Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted, le deseamos un buen regreso.



**A T E N T A M E N T E**

**TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS**  
**HERMOSILLO, SONORA.**

*PA.*  
\_\_\_\_\_  
**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
**SUBDIRECTOR MEDICO**

**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

**AFLIACION:** 3262808      **PENSIÓN:**

**IDENTIFICACION:** ANA MARIA FIGUEROA NORIEGA

**ORGANISMO:** H. AYUNTAMIENTO

N. C.      Servicio de Salud Familiar

<b>DERECHOS VIGENTES:</b>	<b>PLAZA:</b>	
<b>ESPOSA(O):</b>	<b>N/A</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>SEXO:</b>	
<b>27-Jul-1983</b>	<b>F</b>	
<b>ALERGIAS:</b>	<b>ENFERMEDADES CRÓNICAS:</b>	
<b>FECHA SERVICIO DE:</b>	<b>12-dic-1989</b>	
<b>TELÉFONO:</b>	<b>(532)1129122</b>	
<b>SERVICIO:</b>	<b>FON TANA 23/SAN BENITO y NAPOLI</b>	
<b>VILLA TRENTO</b>		
<b>MADDALENA</b>		
<b>MADDALENA</b>		

Director General

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

H. NOGALES, SONORA DE 07 JULIO 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 06 de Julio del 2021 por necesidad del servicio para la entrega de muestras covid-19 en el laboratorio estatal y correspondencia en oficinas centrales. En la ciudad de Hermosillo Sonora.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales mismo día 06 de Junio del 2021.

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

  
ATENTAMENTE

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

  
07/07/21



**AVISO DE COMISION**

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

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 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 06 JULIO AL 06 JULIO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
<b>HERMOSILLO SONORA</b>	<b>1</b>	<b>ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y CORRESPONDENCIA.</b>	<b>700.00</b>

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 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
 SUBDIRECTOR 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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
 FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: ARAQ

05/07/21

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

H. NOGALES, SONORA DE 12 JULIO 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 09 de Julio del 2021 por necesidad del servicio para el traslado de la paciente **ZAMORA OROZCO LUCIO** con número de afiliación **16123501** para valoración por especialista en el Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, en la ciudad de Hermosillo Sonora.

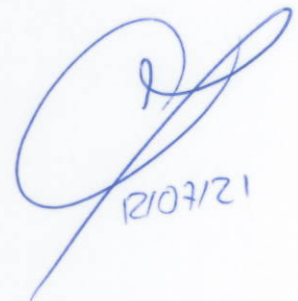
Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 09 de Junio del 2021.

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

  
ATENTAMENTE

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

  
12/10/21

**AVISO DE COMISION**

08	07	2021
----	----	------

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 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 09 JULIO AL 09 JULIO DEL 2021

LOCALIDAD	DIAS	MOTIVO DE LA COMISION	TARIFA
<b>HERMOSILLO SONORA</b>	<b>1</b>	TRASLADO DE LA PACIENTE. LUCIO ZAMORA OROZCO AFIL.16123501 DE LA CIUDAD DE HERMOSILLO A LA CIUDAD DE NOGALES.	<b>700.00</b>

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 \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  
 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

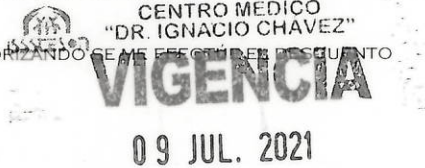
**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
 SUBDIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOG

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 \_\_\_\_\_ QUE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

A T E N T A M E N T E

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

  
**VIGENCIA**  
**09 JUL. 2021**

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN HOSPITALIZACIÓN  
 HERMOSILLO, SONORA. LABORO: ARA