



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

## Comprobación de Gastos



Número: 9699

Divisa: 01

Fecha: 06/08/2021

Deudor: ( 000763) ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA

Dirección: FRESNO # 5-A

Lugar: NOGALES, 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	129855	N/A CHEQUE 002135--	0.00	0.00	700.00

Elaboró  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE	Autorizó  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO	PORC_IVA % IVA_GTO TOTAL RESTA	0 % 0.00 700.00 0.00
---	---	---	-------------------------------

CG 9699

06 08 2021

ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA

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

viernes 06 agosto 2021  
ANTICIPO A DEUDORES

\$700.00 \$700.00

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.      0000000065505090318      00000000000000002135

L.C.      LIC. MANUEL ALEJANDRO ESPINOZA LOPEZ





BANCO SANTANDER MÉXICO, S.A.  
INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE  
GRUPO FINANCIERO SANTANDER MÉXICO

29676040

Páguese por este cheque a:

Fecha 06/08/2021

ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA

\$ 700.00

CON  
LETRA

SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

151327

CUENTA TRADICIONAL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

SUC. 4833 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.  
CTA. 65505090318 ISS830101488  
CLABE 014780665050903184



*[Handwritten signature]*

Firma(s)

*[Handwritten signature]*

3 18 31 5 1 7 6 0 0 1 4 7 1 6 5 5 0 5 0 9 0 3 1 8 1 1 0 0 0 2 1 3 5

CUENTA No.

CHEQUE No.

*Alma Rocio Aguirre Zavala 06/08/21*



# 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: 81924

Pago a: Deudor

Fecha: 13/07/2021

Deudor: 000763 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Renglón	SUBTOTAL	IVA	Total
84377 Sol Egreso	1	700.00	0.00	700.00

	12 110 00
	0 00
	0 00
	1 547 00
	1 547 00

<p style="font-size: small;">DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS...</p>					
--	--	--	--	--	--

CONDICIONES DE PAGOS:	CONDICIONES VENCIMIENTOS:	

<p><b>OBSERVACIONES</b></p>	<p><b>Subtotal: 700.00</b></p> <p><b>IVA: 0.00</b></p> <hr/> <p><b>Total: \$700.00</b></p>
<p>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</p> <p><b>AUTORIZO</b></p>	



<b>PROVEEDOR:</b> ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA 000763  <b>DIRECCIÓN:</b> -  <b>RFC:</b> <b>TEL(S):</b> <b>FAX:</b>		<b>GASTO CORRIENTE</b>  <b>Fecha de Entrega:</b> 08/07/2021 <b>Entregar a :</b> <b>U.R.:</b> CLÍNICA HOSPITAL NOGALES  <b>Dirección:</b>  <b>TEL(S):</b> <b>Fax:</b>	
<b>PLAZO PARA PAGAR</b> CREDITO 30 DIAS	<b>DESCUENTO PRONTO PAGO:</b> *****	<b>CONDICIONES ADICIONALES:</b> *****	

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	700.00	700.00

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

Observaciones: VIATICOS 06 DE JULIO DEL 2021 A 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  
 CLINICA HOSPITAL  
 ISSSTESON NOGALES  
*10:00am*

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

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
**SUBDIRECTOR MEDICO**  
**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:**



---

**ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA**  
**SECRETARIA SUBDIRECCION MÉDICA**



**AVISO DE COMISION**

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

C. ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA AFILIACION 15752701 AREA DE ADSCRIPCION: SUBDIRECCIÓN  
 UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO ASISTENTE 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>ACUDIR AL DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL ENTREGA DE OFICIO Y TRAMITES DE VALORACION POR DICHO DEPARTAMENTO.</b>	<b>700.00</b>

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_  
 EL VEHICULO LO CONDUCE C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ\_ AUTOBUS  
 CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ .- 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 CASITAS:**

No. DE CASITAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_  
 No. DE CASITAS: \_\_\_ 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 EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

C. ALMA ROCIO AGUIRRE ZAVALA  
 FIRMA DE CONFORMIDAD



ELABORO: ARA