



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

## Comprobación de Gastos



Número: 9996

Divisa: 01

Fecha: 14/09/2021

Deudor: ( 000421) GAMEZ PERAZA NOE JOEL

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 | 133054 | NA CHEQUE 0002227-- | 0.00     | 0.00   | 850.00         |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">Elaboró</p> <p style="text-align: center;"><i>Daniel Traviña</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>850.00</p> <p>0.00</p> |
|---|--|--|--|

CG 9996

10 09 2021

GAMEZ PERAZA NOE JOEL

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 |

viernes 10 septiembre 2021

\$850.00

\$850.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

00000000065505090318

00000000000000002227

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: 86047

Pago a: Deudor

Fecha: 08/09/2021

Deudor: 000421 GAMEZ PERAZA NOE JOEL

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

| Operación         | Renglón | SUBTOTAL | IVA  | Total  |
|-------------------|---------|----------|------|--------|
| 87946 Sol. Egreso | 1       | 850.00   | 0.00 | 850.00 |

**OBSERVACIONES**

Lic. José Alfredo Ramírez Fontes

AUTORIZO

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Subtotal:     | 850.00          |
| IVA:          | 0.00            |
| <b>Total:</b> | <b>\$850.00</b> |



|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>PROVEEDOR:</b> GAMEZ PERAZA NOE JOEL 000421<br><br><b>DIRECCIÓN:</b> -<br><br><b>RFC:</b> <b>TEL(S):</b> <b>FAX:</b> |  |  | <b>GASTO CORRIENTE</b><br><br><b>Fecha de Entrega:</b> 03/09/2021<br><b>Entregar a :</b><br><b>U.R.:</b> CLÍNICA HOSPITAL NOGALES<br><br><b>Dirección:</b><br><br><b>TEL(S):</b> <b>Fax:</b> |  |  |
| <b>PLAZO PARA PAGAR</b><br>CONTADO  |  | <b>DESCUENTO PRONTO</b><br>PAGO: ***** | <b>CONDICIONES ADICIONALES:</b><br>*****   |  |  |

| # | CÓDIGO AUXILIAR | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES  | CTD | UM       | PRECIO | PRECIO TOTAL |
|---|-----------------|--------|--|-----|----------|--------|--------------|
| 1 |                 |        | VIATICOS NACIONALES  | 1   | Servicio | 850.00 | 850.00       |
|   |                 |        | COMISION A MODULOS DE IMURIS, MAGDALENA, SANTA ANA Y BENJAMIN HILL EL DIA 25 DE AGOSTO DEL 2021 PARA PROPORCIONAR ASISTENCIA Y SOPORTE TECNICO A LOS EQUIOS DE ESTAS LOCALIDADES |     |          |        |              |

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

Observaciones: VIATICOS 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.

Daniel Trasvira

[Handwritten Signature]

ORIGINAL  
**RECIBIDO**  
03 SEP 2021  
DEPT. DE CONTABILIDAD  
CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE SON NOGALES

[Handwritten Signature] 12:03



H. Nogales, Sonora a 26 de Agosto del 2021  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES

**DR. RAMON RODRIGUEZ ESTRELLA**  
**DIRECTOR CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES**

Por medio de la presente informo a usted que fui comisionado a: las localidades de Imuris, Magdalena, Santa Ana y Benjamin Hill

**LUGAR:** Imuris, Magdalena, Santa Ana y Benjamin Hill, Sonora

**DIA:** Miércoles 25 de Agosto del 2021

**REGRESO:** Miércoles 25 de Agosto 2021

**MOTIVO DE LA COMISIÓN:** MANTENIMIENTO PREVENTIVO, ASISTENCIA TECNICA Y LEVANTAMIENTO DE ENCESIDADES SOBRE EQUIPOS DE CÓMPUTO, IMPRESORAS Y TELECOMUNICACIONES

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

**Atentamente**

**Lic. Noe Joel Gamez Peraza**  
**Jefe Depto Estadísticas e Informatica**  
**Clínica Hospital ISSSTESON Nogales**

C.c.p. Archivo



Gobierno del  
Estado de Sonora

**Unidos logramos más**

BLVD. LOS ALAMOS # 520, COL. PUEBLO NUEVO, C.P.84080,  
RUMBO VIEJO CAMINO A CANANEA, NOGALES, SONORA  
TELÉFONO(S): (631)152-00-50, 51

**AVISO DE COMISION**

|    |    |      |
|----|----|------|
| 24 | 08 | 2021 |
|----|----|------|

C. NOE JOEL GAMEZ PERAZA AFILIACION 11350001 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACIÓN. DIRECCION PUESTO JEFE DEPTO. INFORMAITCA NIVEL 9-I ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: BENJAMIN HILL, SONORA. DURANTE 01 DIA(S), EL 25 DE AGOSTO DEL 2021.

| LOCALIDAD                                    | DIAS | MOTIVO DE LA COMISION   | TARIFA |
|--|------|---|--------|
| BENJAMIN HILL, SANTA ANA, MAGDALENA E IMURIS | 1    | PROPORCIONAR ASISTENCIA Y SOPORTE TECNICO EM LOS EQUIPOS DE ESTAS LOCALIDADES | 850.00 |

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 \$850.00 POR 1 DIA(S) . IMPORTE VIATICOS \$850.00

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

**A. SOLICITUD DE GASOLINA:**

                     /                      =                      X \$      = \$     

KILOMETRAJE A RECORDER      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 : \$850.00 (SON: OCHOSIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)  
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13062DK0-137503

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 NOMINA.

A T E N T A M E N T E

C. NOE JOEL GAMEZ PERAZA  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

