



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

**Comprobación de Gastos**



Número: 9997

Divisa: 01

Fecha: 14/09/2021

Deudor: ( 001563) EXEQUIEL LUQUE BERNAL

Dirección: LOMA GUANIA # 3B

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	133053	NA CHEQUE 0002226--	0.00	0.00	700.00

Elaboró  DANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE	Autorizó  RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	700.00
		RESTA	0.00

CG 9997

10 09 2021

EXEQUIEL LUQUE BERNAL

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 10 septiembre 2021

\$700.00

\$700.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002226

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: 86045

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 08/09/2021

Proveedor: 001563 EXEQUIEL LUQUE BERNAL

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
87950 Sol. Egreso		700.00	0.00	0.00	700.00

<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Subtotal:</b>	<b>700.00</b>
	<b>Retención:</b>	<b>0.00</b>
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u> <b>AUTORIZO</b>	<b>IVA:</b>	<b>0.00</b>
	<b>Total:</b>	<b>700.00</b>



PROVEEDOR: EXEQUIEL LUQUE BERNAL 001563		Fecha de Entrega: 03/09/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CONTADO	DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		TEL(S):                      Fax:
CONDICIONES ADICIONALES: *****			

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS NACIONALES	1	Servicio	700.00	700.00
			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				

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

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 Treviño

ORIGINAL

**RECIBIDO**  
03 SEP 2021  
DEPT. DE LICITACIONES  
CLINICA HOSPITAL NOGALES  
ISSSTESON





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.

**A t e n t a m e n t e**

*EXEQUIA*

**Ing. Exequiel Luque Bernal**  
**Analista**  
**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. EXEQUIEL LUQUE BERNAL AFILIACION 114320701 AREA DE ADSCRIPCION: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES UBICACIÓN. DIRECCION PUESTO ANALISTA NIVEL 4A 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 EN LOS EQUIPOS DE ESTAS LOCALIDADES	700.00

EN VEHICULO \_\_\_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_ EL VEHICULO LO CONDUCIRA C \_\_\_\_\_  
 CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

**I.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 POR 1 DIA(S) . IMPORTE VIATICOS \$700.00

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

**A. SOLICITUD DE GASOLINA:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ X \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

**B. SOLICITUD DE CASSETAS:**

No. DE CASETAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_

No. DE CASETAS: \_\_\_ 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: SETESIENTOS PESOS 00/100 (1N))  
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13062DK0-137503

**RECIBIDO**  
 AGO 2021  
 FARMACIA SANTA ANA

**RECIBIDO**  
 AGO 25 2021

**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

C. EXEQUIEL LUQUE BERNAL  
 FIRMA DE CONFORMIDAD