**ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO SONORA EL DIA 22
DE DICIEMBRE DEL 2022**

CHOFER: JORGE LUIS CORONADO GOMEZ

AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS

PUESTO: CAMILLERO

NIVEL: 3I

**SE COMISIONA PARA TRAER MEDICAMENTOS Y CARRO ROJO DE ALMACEN
GENERAL EN LA CD. DE HERMOSILLO SONORA ,PARA LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON DE GUAYMAS**

**PARTIENDO DE NUESTRA CLINICA A LAS 11:00 HRS Y REGRESANDO A LAS 1
17:30 HRS.**

ATENTAMENTE

JORGE LUIS CORONADO GOMEZ
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

ISSSTESON
ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ CORTEZ
JEFE DE DEPARTAMENTO DE
SERVICIOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Atención:

Jorge Armando Martínez Cortez
Jefe del departamento

Guaymas, Sonora A 23 de DICIEMBRE del 2022

SE 124969

RECIBIDO
22/10/2022
DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS
1.12m

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

SUB DIRECCION DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
SERVICIOS BIOMEDICO
SOLICITUD DE SERVICIOS

014

INFORMACION PRESUPUESTAL

DIA	MES	AÑO
19	12	2022

CLAVE	UNIDAD RESPONSABLE	13 32 DK 35401

DATOS DEL EQUIPO

NOMBRE DE LA UNIDAD: CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

MARCA: ESTERY   **TIPO DE EQUIPO:** DESFIBRILADOR

MODELO: CENTURY SMALL

NÚM. DE SERIE: 33171403

SERVICIO REQUERIDO:

MANTENIMIENTO CORRECTIVO
  MANTENIMIENTO PREVENTIVO
  INSTALACIÓN
 |
  DIAGNÓSTICO

REVISIÓN
  CAPACITACIÓN
  DESINSTALACIÓN
 |
  OTROS

LUGAR DONDE SE EFECTUARA:
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

DETALLAR EN QUE CONSISTE EL SERVICIO:
SE SOLICITA CAMBIO DE INTERCAMBIADOR DE CALOR, JUEGO DE MANIFOLD DE VAPOR, ESCAPE, Y REGULADOR DE ENTRADA DE VAPOR MANIFOLD DE AGUA Y KIT DE MISCELANEAS, SELLO DE PUERTA, SWITCH DE PRESION, CABLE DE APERTURA Y CERRADO DE PUERTA CINTA PARA IMPRESORA, PAPEL PARA IMPRESORA.

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA	NOMBRE DEL SOLICITANTE: ING. JORGE ARMANDO MARTINEZ CORTEZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	PUESTO QUE DESEMPEÑA: JEFE DE SERVICIOS GENERALES CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS
FIRMA DEL TITULAR DE LA SUB-DIRECCIÓN	FIRMA DEL SOLICITANTE:
SOLICITUD RECIBIDA	RECIBI DE CONFORMIDAD

AUTORIZO EL SERVICIO:

DIA	MES	

DR. FRANCISCO OCTAVIO DURAZO ARVIZU
EENC. DESPACHO DE LA SUBDIRECCION MEDICA

_____
NOMBRE

_____
FIRMA

PROVEEDOR AUTORIZADO	FIRMA DE AUTORIZACION LIC. MAURICIO CASTREJON OBREGON SUBDIRECTOR DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS