

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

Poliza

Tipo: 4 Poliza: 000000098

Periodo: 2023 Mes: 3 Dia: 22

Aut. Comprobación de gasto núm.: 14940, Deudor: 000596

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	920.00	0.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	920.00	0.00
8-2-7000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PAGADO	920.00	0.00
5-1-3750010000	VIÁTICOS EN EL PAÍS	920.00	0.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	920.00	0.00
8-2-2200000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PRECOMPROMETIDO	0.00	920.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	0.00	920.00
1-1-2310000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	0.00	920.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	0.00	920.00
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	0.00	920.00

Observaciones:

4,600.00 4,600.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 14940

Divisa: 01

Fecha: 22/03/2023

Deudor: (000596) MORENO FIERROS DANIEL IGNACIO

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	% I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0000001 PROVEEDOR GENERICO	5	VIATICOS NACIONALES	187689	28423--	0.00	0.00	700.00
0000001 PROVEEDOR GENERICO	5	VIATICOS NACIONALES	187689	28423--	0.00	0.00	220.00

Elaboró

Autorizó

JESUS HORACIO VERDUGO MONGE

PORC_IVA %	0 %
IVA_GTO	0.00
TOTAL	920.00
RESTA	0.00



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

Ch. 28423
Comp. 14940

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"

**Departamento de Servicios Generales,
Y Mantenimiento del CMDICH.**

*Asunto: Informe de equipos Biomédicos Hospital Nogales.
Martes 21 de marzo del 2023.*

DR. GERARDO ALBERTO RUIZ DOMINGUEZ,
Director General del CMDICH.
Presente.-

Por medio de este conducto, informo a usted que se acudió el 16 y 17 de marzo al Hospital Isssteson en Nogales a realizar Mantenimiento verificación a Máquina de Anestesia con reporte de alarma en FiO2, se reemplazó y calibre celda de Oxígeno, se realizaron pruebas de funcionamiento en general quedando funcionando correctamente, así mismo se realizó levantamiento de necesidades de Maquinas de Anestesia de sala de Expulsión, Desfibriladores de Urgencias y Hospitalización y Ventiladores Mecánicos para solicitar insumos y tener la posibilidad de realizar Mantenimientos preventivos a estos equipos.

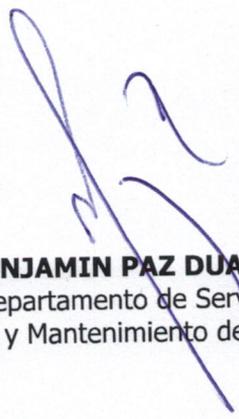
Anexo a la presente Bitácora de servicio con firma de recibido del Ing. Jorge Baca, jefe de Servicios Generales y Mantenimiento del Hospital Isssteson Nogales.

Sin más por el momento, quedo a la orden para cualquier duda que pudiera surgir a la presente.

ATENTAMENTE


C. DANIEL I. MORENO FIERROS
Coordinador Técnico
Ingeniería Biomédica CMDICH.

VO.BO


L.R.H. BENJAMIN PAZ DUARTE
Jefe del Departamento de Servicios
Generales y Mantenimiento del CMDICH

C.c.p. Archivo

JUÁREZ Y AGUASCALIENTES TEL (662) 109 38 00 CON 20 LINEAS HERMOSILLO, SONORA

Recibi
21/03/23
B:SB/MS
P



AVISO DE COMISIÓN

15 03 23

C. DANIEL IGNACIO MORENO FIERROS NO. DE CONTROL 996 AREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ

UBICACIÓN CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ PUESTO COORDINADOR TÉCNICO NIVEL 7A

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: NOGALES, SONORA.

DURANTE 2 DIA(S), DEL 16 DE MARZO AL 17 DE MARZO DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: SUPERVISION DE EQUIPO MÉDICO EN UNIDAD MÉDICA DE NOGALES

VEHICULO PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C.

CON LICENCIA No. CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA 1 DIAS 700 IMPORTE VIATICOS \$700

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \$220.00 DIAS 1

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: / = X \$ = \$

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$920.00 (SON: NOVECIENTOS VEINTE PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061102 37501

Dr Francisco Octavio Durazo Arvizu Subdirector de Servicios Médicos



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.

A T E N T A M E N T E Daniel Ignacio Moreno Fierros FIRMA DE CONFORMIDAD

Handwritten signature and date 16/03/2023



BITACORA



CLINICA HOSPITAL NOGALES

AREA: Qx SALA GENERAL
EQUIPO: MAQUINA DE ANESTESIA
MARCA: SPACELABS
SERIE: FOCU-102407

FECHA: 16 DE MARZO DE 2023
JEFE: _____
MODELO: FOCUS 900
INVENT. : _____

TIPO DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO

PREVENTIVO

CORRECTIVO

VERIFICACION

DESCRIPCION DEL SERVICIO:

REVISION DE EQUIPO
 REEMPLAZO Y CALIBRACION DE CELDA DE OXIGENO
 PRUEBAS DE DISTENSIVILIDADOK
 PRUEBA DE SISTEMA OK
 PRUEBA DE VENTILACION POR VOLUMENOK

EQUIPO FUNCIONA CORRECTAMENTE.

CALIBRACIONES Y PRUEBAS PASARON CORRECTAMENTE

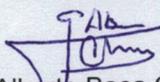
MATERIALES UTILIZADOS

CANT.	MATERIALES UTILIZADOS	CANT.	MATERIALES UTILIZADOS
01	CELDA DE OXIGENO		

OBSERVACIONES :

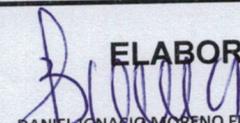
El equipo funciona correctamente, se reemplazo y calibro celda de oxigeno, se realizaron pruebas de arranque y prueba de ventilacion pasando correctamente.

RECIBIO:


 Jorge Alberto Baca Chavez
 NOMBRE Y FIRMA

16/03/2023
 FECHA

ELABORO:


 DANIEL IGNACIO MORENO FIERROS
 MARTIN ADRIAN MENDOZA AMPARANO
 NOMBRE Y FIRMA

16/03/2023
 FECHA