

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: 000000099

Periodo: 2023 Mes: 3 Dia: 22

Aut. Comprobación de gasto núm.: 14941, Deudor: 001732

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: 14941

Divisa: 01

Fecha: 22/03/2023

Deudor: (001732) MENDOZA AMPARANO MARTIN ADRIAN

Dirección: PASEO SACRAMENTO # 5

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	187690	28424--	0.00	0.00	700.00
0000001 PROVEEDOR GENERICO	5	VIATICOS NACIONALES	187690	28424--	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. 28424
Comp. 14941

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 calibro 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, MARTIN ADRIAN MENDOZA A.
Ingeniero Biomédico
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

Recibí
21/03/23
13:56 hrs
R



AVISO DE COMISIÓN

15	03	23
----	----	----

C. MARTÍN ADRIÁN MENDOZA AMPARANO NO. DE CONTROL 12176 AREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO MÉDICO DR.

IGNACIO CHÁVEZ

UBICACIÓN CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ PUESTO BIOMÉDICO NIVEL 2I

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 \$700.00 DIAS 1 IMPORTE \$700.00

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 _____

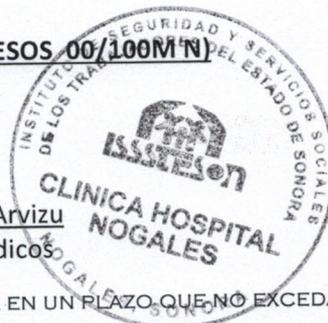
FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____.

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$920.00 (SON: NOVECIENTOS VEINTE PESOS 00/100M¹⁰⁰)

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 Martín Adrián Mendoza Amparano

FIRMA DE CONFORMIDAD

[Handwritten signature]
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