

**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

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 \_\_\_\_\_

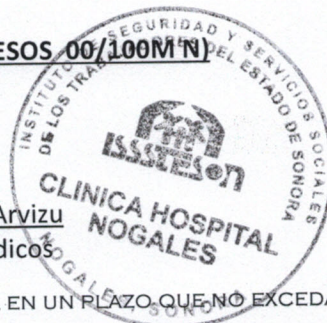
FECHA DE SALIDA \_\_\_\_\_ FECHA REGRESO \_\_\_\_\_

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ \_\_\_\_\_

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

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 DISTENSIVILIDAD .....OK  
 PRUEBA DE SISTEMA ..... OK  
 PRUEBA DE VENTILACION POR VOLUMEN .....OK

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