

**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: 000000114**

**Periodo: 2023 Mes: 3 Dia: 24**

**Aut. Comprobación de gasto núm.: 14975, Deudor: 001734**

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	220.00	0.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	220.00	0.00
8-2-7000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PAGADO	220.00	0.00
5-1-3750010000	VIÁTICOS EN EL PAÍS	220.00	0.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	220.00	0.00
8-2-2200000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PRECOMPROMETIDO	0.00	220.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	0.00	220.00
1-1-2310000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	0.00	220.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	0.00	220.00
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	0.00	220.00

Observaciones:

1,100.00

1,100.00



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

## Comprobación de Gastos



Número: 14975

Divisa: 01

Fecha: 24/03/2023

Deudor: ( 001734) LOMAS TORRES MARIA DE JESUS

Dirección: AV PODER LEGISLATIVO # 339

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	187970	28422--	0.00	0.00	220.00

Elaboró

Autorizó

JESUS HORACIO VERDUGO MONGE

PORC_IVA %	0 %
IVA_GTO	0.00
TOTAL	220.00
RESTA	0.00

Hermosillo, Sonora. 24 de marzo del 2023

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**ASUNTO:** Informe de curso de Lactancia Materna en Navojoa

**DR. GERARDO ALBERTO RUIZ DOMÍNGUEZ**

**DIRECTOR GENERAL DEL CMDICH**

Presente. -

Por este medio le envío un cordial saludo, le informo a usted que se acudió el día 17 de marzo del año en curso para realizar la capacitación de lactancia materna al personal del CIAS Navojoa., contado con 16 asistentes, así mismo se realizó la práctica de amamantamiento, entre otras.

Anexo fotografías de plática.

Sin otro particular de momento, quedo a la orden ante cualquier duda o aclaración.

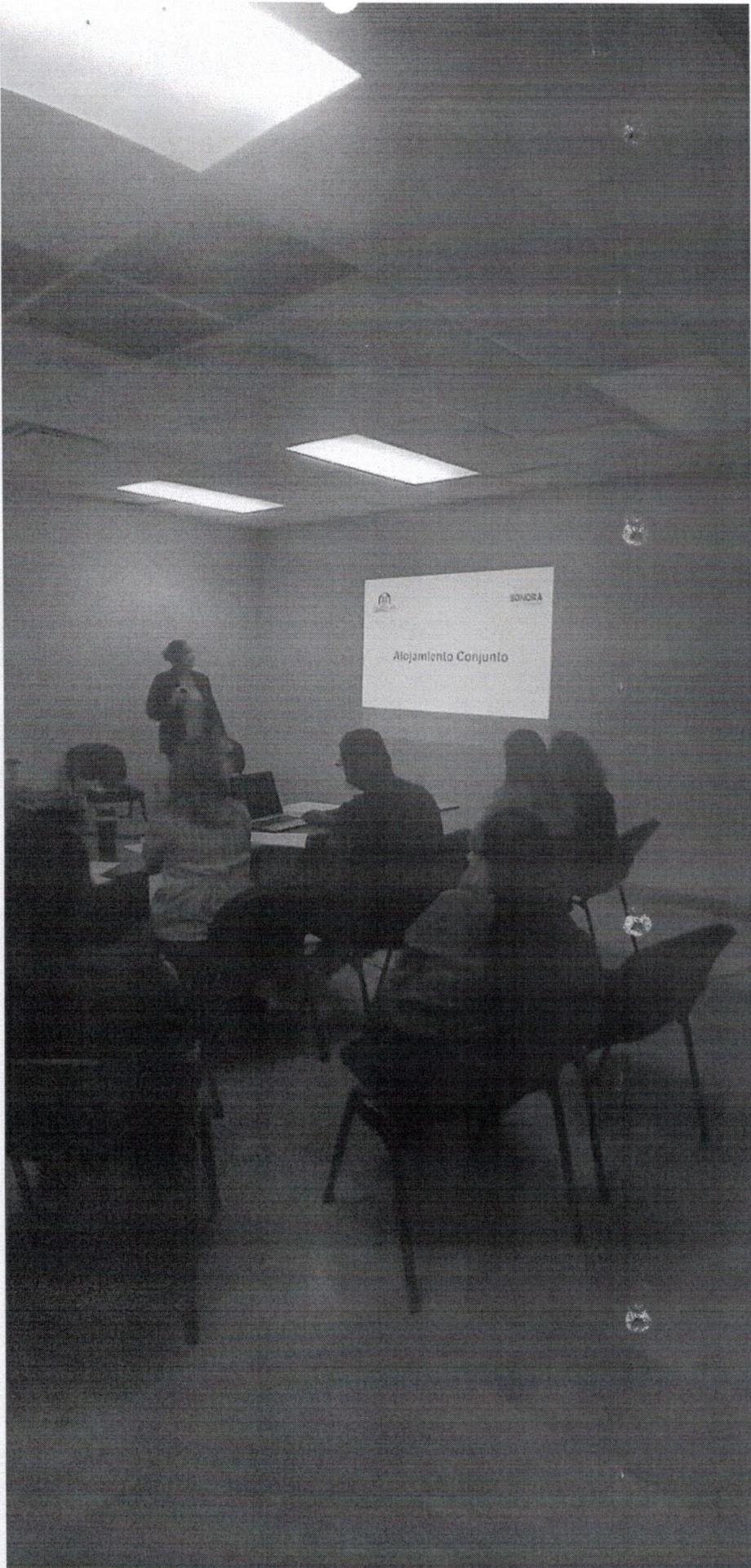
**ATENTAMENTE**

*Maria de Jesus Lomas*  
**LENF. MARIA DE JESUS LOMAS TORRES**  
**ENF. DEL CMDICH**

**VO.BO**

*[Handwritten Signature]*  
**MTRA. ROSA ERENDIRA LOPEZ URIAS**  
**JEFA DEL DPTO. DE ENFERMERIA DEL CMDICH**

*Recibi  
Contabilidad  
24/03/23  
8:12:28 pm*





Dpto. Enseñanza Calidad e Investigación de la  
Subdirección de Servicios Médicos de ISSSTESON

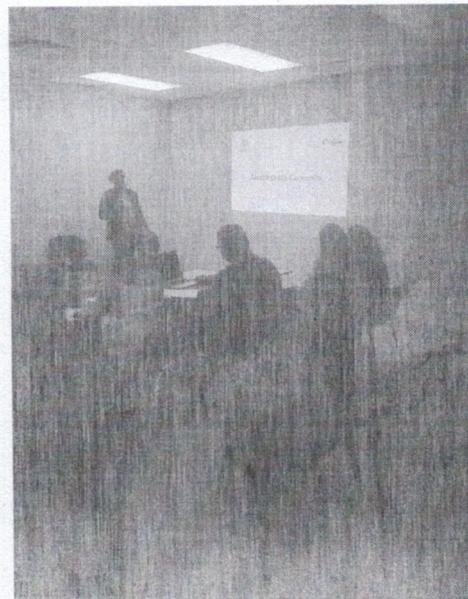
Fecha	Martes 21 de Marzo 2023
Persona que reporta:	María Jesús Lomas Torres
Fecha del viaje:	Viernes 17 de Marzo del 2023
Destino (Ruta):	CIAS Navojoa

17 de marzo implementación del curso taller lactancia materna de 10:00 a 13:300 hrs.  
Reunión de trabajo de director del CIAS y responsable de enseñanza y calidad.

Se adjunta evidencia fotográfica.



Informa



Revisa

María de Jesús Lomas

LENF: María Jesús Lomas Torres  
Enfermera Centro Medico "Dr. Ignacio Chávez"

E. Armenta C.

M. Co. Fco. Edmundo Armenta Caballero  
Jefe de Dpto. Enseñanza Calidad e Investigación ISSSTESON



AVISO DE COMISIÓN

15 03 2023

C. MARIA JEUSUS LOMAS TORRES NO. DE CONTROL 1974 AREA DE ADSCRIPCIÓN: CMDICH UBICACIÓN CMDICH

PUESTO ENFERMERA NIVEL 7B

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

DURANTE 1 DIA(S), DEL 17 DE MARZO AL 17 DE MARZO DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: IMPARTIR CURSO TALLER DE LACTANCIA MATERNA

VEHICULO      PLACAS      DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C.     

CON LICENCIA No.      CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS  DEVENGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$      DIAS 1 IMPORTE VIATICOS     

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 CASITAS:**

No. DE CASITAS:      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: \$220.00 (SON: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061102 37501

*f* Dr. Francisco Octavio Durazo Arvizu  
Subdirector de Servicios Médicos



*Maria Jeus Lomas Torres*  
02:06 hrs

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.

ATENTAMENTE Maria de Jesus Lomas  
**Enf. MARIA JEUSUS LOMAS TORRES**

FIRMA DE CONFORMIDAD