

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: 000000130

Periodo: 2023 Mes: 6 Dia: 26

Aut. Comprobación de gasto núm.: 15790, Deudor: 001764

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	1,700.00	0.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	1,700.00	0.00
8-2-7000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PAGADO	1,700.00	0.00
5-1-3750010000	VIÁTICOS EN EL PAÍS	1,700.00	0.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	1,700.00	0.00
8-2-2200000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PRECOMPROMETIDO	0.00	1,700.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	0.00	1,700.00
1-1-2310000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	0.00	1,700.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	0.00	1,700.00
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	0.00	1,700.00

Observaciones:

8,500.00

8,500.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 15790

Divisa: 01

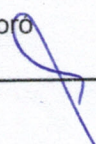
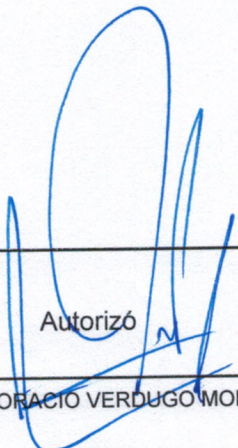
Fecha: 26/06/2023

Deudor: (001764) NAVA JAVALERA HECTOR ELEAZAR

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	198293	28442--	0.00	0.00	1,700.00

Elaboró 	Autorizó  JESUS HORACIO VERDUGO MONGE	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	1,700.00
		RESTA	0.00

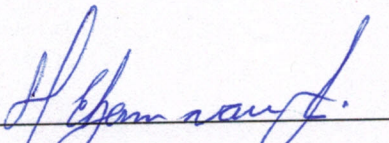
Ch. 28442
CO. 15790

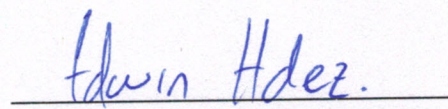
SE CUMPLIO EL OBJETIVO EN LAS ACTIVIDADES
REALIZADAS EN CD. OGREGON Y GUAYMAS
DEL 13 AL 15 DE JUNIO DE 2023

Dr. Gerardo Alberto Ruiz Domínguez
Director CMDRICH
Presente.-

Reporte Visita a Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas y Hospital Adolfo Lopez Mateos

- Presentación de proyecto a director del hospital y jefes de áreas las cuales estarán involucradas directamente con el sistema de cendis enfermería.
- Recorrido por áreas de enfermería para levantamiento de equipo que serán necesarios para la implementación de nuevo sistema de cendis enfermería.
- Recorrido en áreas de enfermería y cendis para levantamiento de adecuaciones estructurales necesarias para instalaciones de cableado y eléctricas para sistema de cendis enfermería.
- Levantamiento de plantilla de personal tanto de enfermería como de cendis para tener un panorama del total de las personas que estarán involucrados con el uso del sistema.
- Revisión de infraestructura de cableado de red con el que cuentan las instalaciones para evaluación de la misma y diagnosticar si es viable para la instalación del sistema.
- Revisión e instalación de cableado eléctrico para las instalación de equipo de cómputo y tablets necesarios para el funcionamiento del sistema de cendis enfermería.


C. Hector Eleazar Nava Javalera


Ing. Edwin Alonso Hernandez Estrada

Jefatura de TI CMDRICH
RECIBIDO
23 JUN. 2023
DIRECCIÓN
CENTRO MÉDICO "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
HERMOSILLO SONORA



09 06 2023

AVISO DE COMISIÓN

C. HECTOR ELEAZAR NAVA JAVALERA, AFILIACION 10244001 AREA DE ADSCRIPCIÓN: TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION (INFORMATICA)

UBICACIÓN CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ PUESTO JEFATURA DE TI NIVEL 6 I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: GUAYMAS Y OBREGON, SONORA.

DURANTE 3 DIA(S), DEL 13 AL 15 DE JUNIO DEL 2023

MOTIVO DE LA COMISION PROYECTO DE CENTRALIZACION DE CENDIS DE ENFERMERIA

CUOTA DIARIA \$ 700.00 DIAS 2 IMPORTE VIATICOS \$ 1,400.00

Couta diaria gastos de camino \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 300.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____



RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$1,700.00 (SON: MIL SETECIENTOS PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 37501

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.

C.P. JESUS HORACIO VERDUGO MONGE SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CMDRICH

DR. HECTOR ROSALES RUVALCABA SUBDIRECTOR DE SERVICIOS MEDICOS DEL CMDICH

ATENTAMENTE C. HECTOR ELEAZAR NAVA JAVALERA FIRMA DE CONFORMIDAD