

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: 000000161

Periodo: 2023 Mes: 8 Dia: 30

Aut. Comprobación de gasto núm.: 16197, Deudor: 001732

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	300.00	0.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	300.00	0.00
8-2-7000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PAGADO	300.00	0.00
5-1-3750020000	GASTOS DE CAMINO	300.00	0.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	300.00	0.00
8-2-2200000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS PRECOMPROMETIDO	0.00	300.00
8-2-4000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS COMPROMETIDO	0.00	300.00
1-1-2310000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	0.00	300.00
8-2-6000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS EJERCIDO	0.00	300.00
8-2-5000000000	PRESUPUESTO DE EGRESOS DEVENGADO	0.00	300.00

Observaciones:

1,500.00

1,500.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 16197

Divisa: 01

Fecha: 30/08/2023

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	GASTOS DE CAMINO	204543	28462--	0.00	0.00	300.00

Elaboró 	Autorizó 	PORC_IVA %	0 %
		IVA_GTO	0.00
		TOTAL	300.00
		RESTA	0.00

JESUS HORACIO VERDUGO MONGE



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

ch.
28462
Co.16197

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"

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

*Asunto: Informe de Visita a Clínica Hospital Guaymas.
28 de Agosto del 2023.*

DR. GERARDO ALBERTO RUIZ DOMINGUEZ,

Director General del CMDICH.

Presente.-

Por medio de este conducto, informo a usted que 24 de Agosto de este año se acudió a la Clínica Hospital de Guaymas a realizar revisión de equipo Digitalizador de Mastógrafo, levantamiento de necesidades en esta Clínica Hospital y así contar con información del estado de los equipos y la infraestructura del esta Clínica para llevar a cabo acciones de mejora.

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

ATENTAMENTE

ING. MARTIN A. MENDOZA AMPARANO

Técnico Biomédico CMDICH.

VO.BO

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

C.c.p. Archivo

28 AGO. 2023
14:00 Hr



AVISO DE COMISIÓN

23	08	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: GUAYMAS, SONORA.

DURANTE 1 DIA(S), DEL 24 DE AGOSTO AL 24 DE AGOSTO DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: REALIZAR PREVENTIVO DE EQUIPO MÉDICO EN UNIDAD MÉDICA DE GUAYMAS

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 _____ IMPORTE

CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \$300.00 DIAS 1

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ 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: \$300.00 (SON: TRESCIENTOS PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061102 37502

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



BITACORA



AREA: IMAGENOLOGIA
 EQUIPO: DIGITALIZADOR CR
 MARCA: CARESTREAM
 SERIE: 5258

FECHA: 24 DE AGOSTO DE 2023
 JEFE: _____
 MODELO: CLASIC CR SYSTEM
 INVENT. : _____

TIPO DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO

PREVENTIVO CORRECTIVO VERIFICACION

DESCRIPCION DEL SERVICIO: REVISION DE EQUIPO

REVISION DE EQUIPO

SE DESATASCO CHASIS QUE SE ENCONTRABA ATORADO

SE REINICIO CR PARA COMPROBAR FUNCIONAMIENTO PERSISTIENDO LA MISMA FALLA

SE REALIZARON AJUSTES SIN CORREGIR LA FALLA

ES NECESARIO SOLICITAR MANTENIMIENTO CORRECTIVO POR ESPECIALISTA DE LA MARCA PARA REALIZAR CALIBRACIONES Y AJUSTES DE SISTEMA EN GENERAL

MATERIALES UTILIZADOS

CANT.	MATERIALES UTILIZADOS	CANT.	MATERIALES UTILIZADOS

OBSERVACIONES :

RECIBIO:

ELABORO:

David Rodriguez Gomez 24/08/23
 NOMBRE Y FIRMA FECHA

[Firma] 24/08/2023
 NOMBRE Y FIRMA FECHA