

**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: 000000162

Periodo: 2023 Mes: 8 Dia: 30

Aut. Comprobación de gasto núm.: 16199, Deudor: 000596

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: 16199

Divisa: 01

Fecha: 30/08/2023

Deudor: ( 000596) MORENO FIERROS DANIEL IGNACIO

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	GASTOS DE CAMINO	204544	28461--	0.00	0.00	300.00

Elaboró

Autorizó

JESUS HORACIO VERDUGO MONGE

PORC\_IVA %

0 %

IVA\_GTO

0.00

TOTAL

300.00

RESTA

0.00

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"

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

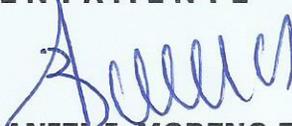
*Asunto: Informe de Visita a Clínica Hospital Guaymas.  
28 de Agosto del 2023.*

**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**



**C. DANIEL I. MORENO FIERROS**  
Coordinador Técnico  
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



PA.  
14:00 Hrs



AVISO DE COMISIÓN

23	08	23
----	----	----

C. DANIEL IGNACIO MORENO FIERROS NO. DE CONTROL 996 AREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ

UBICACIÓN CENTRO MÉDICO DR. IGNACIO CHÁVEZ PUESTO COORDINADOR TÉCNICO NIVEL 7A

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 CONDUCCIRA C.       

CON LICENCIA No.        CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS  DEVENGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA    DIAS    IMPORTE VIATICOS

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 \$ 300

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 VEINTE 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 Daniel Ignacio Moreno Fierros

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 Romero      24/08/23  
 NOMBRE Y FIRMA                      FECHA

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