

ABIGAIL

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: J Poliza: 000000033

Periodo: 2022

Mes: 1

Dia: 19

T.Electrón.:00000000000000008500, Deudor :000403

Cuenta	Descripcion	Cargos	Abonos
1-1-231000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	220.00	0.00
1-1-131002000	CUENTA 65500587960 PRESUPUESTO	0.00	220.00

92539 - 11197

Observaciones:

220.00

220.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 11197

Divisa: 01

Fecha: 25/02/2022

Deudor: (000403) MURILLO MEZA ABIGAIL

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto	Centro de Costo	Egreso	Fact/UID	% I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	5	VIATICOS NACIONALES	-		0.00	0.00	220.00

Elaboró

DANIELA ESPINOZA LUNA

Autorizó

CP. Ramón Estrada Soto
Coordinador Administrativo

Clinica Hospital ISSSTESON Guaymas

PORCENTAJE

I.V.A. GTO

TOTAL

RESTA

0%

0.00

220.00

220.00



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

ORDEN DE PAGO

Clave: 90529

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 29/11/2021

Proveedor: 000403 MURILLO MEZA ABIGAIL

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
92539 Sol. Egreso		220.00	0.00	0.00	220.00

APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE MILLAN VEA BRENDA JUDITH CON
AFILIACION 17263101 CON DIAGNOSTICO EMBARAZO CONFIRMADO PARA SU
ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ EN
LA CIUDAD DE HERMOSILLO

OBSERVACIONES	Subtotal:	220.00
	Retención:	0.00
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u> AUTORIZO	IVA:	0.00
	Total:	220.00



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

010529

SOLICITUD VIÁTICOS:

92539

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE DEL 2021

DEUDOR: MURILLO MEZA ABIGAIL

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 24/11/2021 A 24/11/2021

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

VIÁTICO: HERMOSILLO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS 2020 EN ADELANTE	\$220.00	\$220.00

OBSERVACIÓN:

ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR COMISION EN TRASLADO DE PACIENTE

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

TOTAL LETRA: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.

Abigail M. Meza
MURILLO MEZA ABIGAIL

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZÓ

Dr. Juan Manuel Tapia Gonzalez
Director
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas



S:E 92539

AVISO DE COMISIÓN

3 OCTUBRE 2021

C. MURILLO MEZA ABIGAIL ENF. AFILIACION AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 4 I

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 3 DE OCTUBRE AL 3 DE OCTUBRE DE 2021

MOTIVO DE LA COMISION: ASISTENCIA A LA CIUDAD DE HERMOSILLO AL C.M.DR.I. CHAVEZ POR MOTIVO DE COMISION EN

TRASLADO DE PACIENTE EN VEHICULO AMBULANCIA PLACAS DIA Y HORA DE RECEPCION 3 DE OCTUBRE 2021 19:55 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA MENDOZA DAVILA RAMON

CON LICENCIA No. L3000LC1018193 CON VENCIMIENTO 06/04/2019

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 220.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$220.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

OMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: 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 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37501

MGSI MARITZA VALDEZ VALDEZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JUAN MANUEL TAPIA GONZALEZ DIRECTOR DEL HOSPITAL

EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACION, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAIDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NOMINA.

ATENTAMENTE

Abigail M. Meza

MURILLO MEZA ABIGAIL ENF.

FIRMA DE CONFORMIDAD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

TE: Milton Vea Brenda Judith

12263101 EDAD: 35 SEXO: Fem.

Embarazo confirmado 31SD6 FAPP Dm Gestacion

Clinica ISSSTE en Guaymas

Hospital. Chavez

03-10-2021

39.55

HORA LLEGADA: 23:30

Ramon Mendez

DE SIGUIENTES CUIDADOS:

Atencion de signos vitales, Vigilancia continua, apoyo emocional
Atencion FCFE, Instalacion de cat en unidad neonatal

(Reserva paciente a Unidad n se queda internado)

Pac se queda hospitalizado en area de urg.

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Abigail M. Meza
Abigail M. Meza

Atención de Enfermería para salir al traslado: _____



COPIA

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

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO DE AMBULANCIA:
HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1
HORA: 7:22 pm

3 / Oct / 2021

AFILIACION: 17263101 SEXO: F EDAD: 35 FECHA NACIMIENTO: 21/06/1986
NOMBRE: MILLAN VEA BRENDA JUDITH
DIAGNÓSTICO: (INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO) (EMBARAZO CONFIRMADO)

SOLICITUD: URGENTE SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CENTRO MEDICO DR IGNACIO CHAVEZ

JUSTIFICACIÓN:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, UCIN

CENTRO MEDICO
"DR. IGNACIO CHAVEZ"
VIGENCIA
03 OCT. 2021
TRABAJO SOCIAL-RECEPCION DE URGENCIAS
HERMOSILLO, SONORA.

X77154 Dr. MIGUEL HUMBERTO PORTELA CARRAZCO - Médico General

CProf. 6934016 RSSA 840611 UAS

Consulta Externa General, Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas, GUAYMAS, SONORA



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

DIA	MES	AÑO
03	0	2021

COORDINACION MEDICA: Guaymas / Empalme

PAGO DE AYUDA PARA TRASLADO DE PACIENTES

1 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD EMISORA

DEL PACIENTE	No. de afiliación: <u>17263101</u> Edad: <u>35</u> Organismo: <u>Gob. E</u>
	Nombre del Paciente: <u>Millan Vea Brenda Judith</u> Diagnóstico (C.I.E.): <u>Emb. 31 sdc + APP del gestaciona</u>
Nombre del trabajador: <u>Misma</u>	
Requiere acompañante: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Motivo: <u>Traslado</u>	
Nombre del acompañante: <u>Martín Judith Vea González</u> Identificación: <u>INE</u>	
Se refiere a Cd.: <u>Hermosillo</u>	Transporte: <u>Ambulancia</u>
Unidad Hospitalaria: <u>CU Chavez</u>	Servicio: <u>Urgencias</u>
Atención que se solicita: <u>640</u>	Fecha de clausura: <u>3 JUNIO 3/10/21</u>
Médico que refiere al paciente: <u>Dra Sandra Pineda</u> Clave: <u>27755</u>	
Autoriza el traslado: <u>Dr Ivan Cardenas Avila</u> (nombre completo, puesto y firma) <u>COORD. MEDICO</u> <u>X77163</u>	

2 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA UNIDAD O MEDICO RECEPTOR

DE LA ATENCION	Se recibió al paciente el día: _____ Diagnostico de contrarreferencia (CIE): _____
	Se atendió en: _____
	Nombre del Médico tratante o responsable del servicio: _____ Clave: _____ Firma: _____
	En caso de Hospitalización: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____
	Se extendió incapacidad laboral: Folio: _____ Por: _____ días, del día: _____ al día: _____

3 DATOS PARA SER LLENADOS POR LA OFICINA PAGADORA

Recibí de: _____

La cantidad de: \$ _____ (_____)

En efectivo: _____ Cheque: _____ Folio: _____ Banco: _____

Por concepto de: _____

Recibí de conformidad

Autorizó

Entregó

Nombre

Nombre

Nombre

Firma

Firma

Firma

_____, Sonora, a _____ de _____ del _____



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

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION
11726310111

APELLIDO PATERNO: Maria Ines Brenda
MATERNO: Garth
ORGANISMO: Gob del Estado

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:
Centro Medico Ignacio Chavez

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:
OJO / Urgencias

UNIDAD QUE ENVIA:
Clínica ISSSTES Nacaymas

COORDINACION

FECHA DE LA SOLICITUD:
03/10/11

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:
Emb 31 SDG TAPP
DM Gestacional

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:
[][][][][][]
DIA MES AÑO

RESUMEN CLINICO:

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PACIENTE FEMENINO DE 35 AÑOS LA CUAL ACUDE POR CURSAR CON EMBARAZO DE 31 SDG X USG REALIZADO HACE DOS DIAS, Y REFEIRE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, NIEGA SINTOMATOLOGIA URINARIA...
ALERGIAS: NEGADAS, APP: DM GESTACIONAL DABEX 1X3.
ALERTA, REACTIVA, COOPERADORA, ORIENTADA, BIEN HIDRATADA, BUENA COLORACION DE PIEL Y TEGUMENTOS, NEUROLOGICAMENTE INTEGRAS, GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS - ISORREFLEXICAS, CUELLO NORMOLINEO, SIN DATOS DE I.Y., CSPS BIEN VENTILADOS, RSCS RITMICOS, DE BUEN TONO, SIN AGREGADOS, ABDOMEN GLOBOSO A EXPENSAS DE UTERO GRAVIDO CON RUIV CON MOVIMIENTOS FETALES PERCEPTIBLES AL MOMENTO DE LA CONSULTA, CON POSICION CEPALICA, DORSO A LA DERECHA, CON ECF DE 150 LXMIN AUDIBLES CON DOPPLER, CON FONDO UTERINO DE 26 CMS, AL TACTO VAGINAL CON CUELLO DE CERVIX POSTERIOR, CON 3-4 CMS DE DILATACION, NO STV, NO PERDIDAS TRANSVAGINALES, TARNIER NEGATIVO, VALSALVA NEGATIVO, NO DATOS DE VASOESPASMO, EXTREMIIDADES INTEGRAS, SIMETRICAS, SIN EDEMA, RESTO DE LA EF NORMAL.

- | | |
|---|---|
| 1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> | 5.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> | 6.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO _____ |
| 3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES <input checked="" type="checkbox"/> | 7.- OTROS _____ (ESPECIFIQUE) |
| 4.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input checked="" type="checkbox"/> | |
- (FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD: No DE FOLIO _____ POR _____ DIAS

FECHA DE INICIO: [][][][][][]
DIA MES AÑO

INICIAL SUBSECUENTE

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

[Firma] 27755.

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

[Firma]
Ivan Cardenas
X 77163