

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: 00000056

Periodo: 2021 Mes: 7 Dia: 13

T.Electrón.:0000000000000007212, Deudor :001517

Cuenta	Descripción	Cargos	Abonos
1-1-231000000	DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR	440.00	0.00
1-1-131002000	CUENTA 65500587960 PRESUPUESTO	0.00	440.00

Observaciones:

440.00 440.00



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

Comprobación de Gastos



Número: 9625

Divisa: 01

Fecha: 27/07/2021

Deudor: (001517) JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

Dirección: VILLA HIDALGO ENTRE ARIZONA Y AMERICA # 390

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 2020 EN ADELANTE	129058 -		0.00	0.00	400.00

[Handwritten Signature]

<p>Elaboro</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>DANIELA ESPINOZA LUNA</p>	<p>C.P. FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ Departamento de Contabilidad Clínica Hospital Guaymas</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p> <p>FABIAN MIRANDA QUIÑONEZ</p>	PGRC IVA %	0 %
		IVA GTO	0.00
		TOTAL	400.00
		RESTA	0.00



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: 80520

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 01/07/2021

Proveedor: 001517 JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

U. Resp.: 96 HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
82816 Sol. Egreso		440.00	0.00	0.00	440.00

APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE JUAN MANUEL GARCIA SALVATIERRA
CON AFILIACION 5862502 CON DX HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL PARA SU
ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ 20
MAYO 2021
APOYO EN TRASLADO DE PACIENTE ROCIO FIMBRES ESPINELLI CON
AFILIACION 4688608 PARA REALIZAR ESTUDIO DE DIAGNOSTICO EN HOSPITAL
HERMANO DR IGNACIO CHAVEZ 26 MAYO 2021

OBSERVACIONES	Subtotal:	440.00
	Retención:	0.00
	IVA:	0.00
	Total:	440.00
<p style="text-align: center;"><u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u></p> <p style="text-align: center;">AUTORIZO</p>		



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

80520

SOLICITUD VIÁTICOS:

82816

FECHA: 15 DE JUNIO DEL 2021

DEUDOR: JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

DEPENDENCIA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C. AACM861123495

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 15/06/2021 A 15/06/2021

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

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

OBSERVACIÓN:

COMISION OFICIAL EN TRASLADO DE PACIENTE ENVIADO DE NUESTRA CLINICA ISSSTESON GUAYMAS AL CM.DR. IGNACIO CHAVEZ

SUBTOTAL \$440.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$440.00

TOTAL LETRA: CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N.

JOSE MARIA ANTONIA ALFARO CORRALES

SOLICITÓ

VALIDÓ

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

AUTORIZO

CP. Ramón Estrada Soto
Subdirector Administrativo
Clínica Hospital ISSSTESON Guaymas

82-82816



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

AVISO DE COMISIÓN

20 MAYO 2021

C. ALFARO CORRALES JOSE MARIA ANTONIA ENF. AFILIACION 12371401 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 20 DE MAYO AL 20 DE MAYO 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 RECEPCIÓN 20 DE MAYO 2021 23:29 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 \$ = \$

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: 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

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

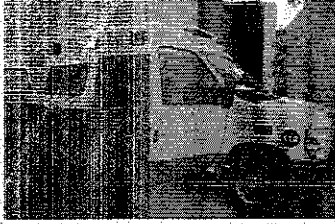
C.P. RAMON ESTRADA SOTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA 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

ALFARO CORRALES JOSE MARIA ANTONIA ENF. FIRMA DE CONFORMIDAD



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Garcia Salvatierra Juan Manuel
AFILIACION: 5002502 EDAD: 71 SEXO: Masculino
DIAGNOSTICO: Hemorragia Gastrointestinal, No especificada
ORIGEN: Guaymas
DESTINO: Hermosillo
FECHA: 20 Mayo 2021
HORA SALIDA: 23:39 HORA LLEGADA: 2:55
CHOFER: Ramon

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

Vigilancia y cuidado de signos vitales.

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)

Se quedo en Centro Medico
Dr. Ignacio Chavez.

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

[Firma manuscrita]

Vo.Bo. Jefatura de Enfermeria para salir al traslado: _____

Ent: AS: 28: 39

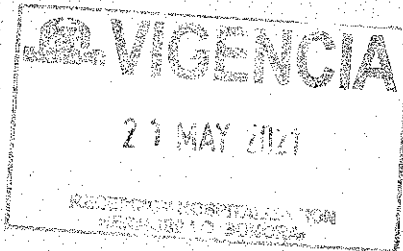


INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

SOLICITUD DE SERVICIOS

FECHA 20/05/21

DERECHOHABIENTE	<input type="checkbox"/> TRABAJADOR (A)	PACIENTE Garcia Salvaheira Juan	NO. DE AFILIACION 5862502
	<input type="checkbox"/> ESPOSA	UNIDAD DE ORIGEN Y/O CAMA 112.	
	<input type="checkbox"/> HIJO (A)	SERVICIO C. g.	UNIDAD
	<input type="checkbox"/> PADRES	SERVICIO SOLICITADO	
<input checked="" type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> INGRESO
<input type="checkbox"/> FAMILIAR DE PENSIONISTA	Favor de trasladar en ambulancia a paciente al C. M. Dr. Ignacio Chaves en Hermosillo.		
<input type="checkbox"/> OTRO TIPO	CARACTER DE LA SOLICITUD		
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Sangrado de tubo digestivo bajo		PROXIMA CITA CON EL MEDICO	
DOCTOR (A) Dr. Julio Cesar Marquez Gonzalez		FOLIO No 557563	
FIRMA		NOMBRE N. A. T. P. CLAVE	





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

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN

5862508

García

Schvartzer

Juan Manuel

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

ORGANISMO:

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:

Endoscopia

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:

ISSSTE SON

Hermosillo

UNIDAD QUE ENVIA:

ISSSTE SON

COORDINACIÓN

Gaymer

FECHA DE LA SOLICITUD

20 05 21

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO

Sangrado de tubo digestivo bajo

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:

Masculino de 71 años de edad con sangrado de tubo digestivo bajo activo. Solicito colonoscopia urgente.

MOTIVO DE ENVIO:

1 - FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

5 - TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

2 - PRESENCIA DE COMPLICACIONES

6 - PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO

3 - REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES

7 - OTROS

(ESPECIFIQUE)

4 - COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

(FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE)

INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS

FECHA DE INICIO:

DIA MES AÑO

TIPO DE INCAPACIDAD

ENFERMEDAD GENERAL

RIESGO DE TRABAJO

MATERNIDAD

INICIAL

SUSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)

Dr. Abel Alvarez
Cupo general E777A

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)

Coordinacion
Aida Roxana Masa Vallés

SE 82816



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

AVISO DE COMISIÓN

26 MAYO 2021

C ALFARO CORRALES JOSE MARIA ANTONIA ENF. AFILIACION 12371401 AREA DE ADSCRIPCION HOSPITAL GUAYMAS

UBICACIÓN URGENCIAS PUESTO ENFERMERA GENERAL NIVEL 41

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

DURANTE 1 DIAS, DEL 26 DE MAYO AL 26 DE MAYO 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 RECEPCIÓN 26 DE MAYO 2021

09:10 HRS.

EL VEHICULO LO CONDUCIRA MENDIVIL SOTO BRENO ORZUE

CON LICENCIA No. L3000RC1023018

CON VENCIMIENTO 02/09/2018

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\$ = \$

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: 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

ENF. ENRIQUE RODRIGUEZ PEREZ JEFE DEL DEPARTAMENTO

C.P. RAMON ESTRADA SOTO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DRA. JENNIFER GARIBAY ULLOA 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 EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

ALFARO CORRALES JOSE MARIA ANTONIA ENF. FIRMA DE CONFORMIDAD



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ACTIVIDADES DE TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: Fimbres Espinelli Rocio
AFILIACION: 4688608 EDAD: 53 años SEXO: Femenino
DIAGNOSTICO: Latencia en estudio
ORIGEN: Suaymu
DESTINO: Hermosillo
FECHA: 26 de Mayo del 2021
HORA SALIDA: 9:10 HORA LLEGADA: 14:50
CHOFER: Brenon Mandral

SE LE BRINDARON LOS SIGUIENTES CUIDADOS:

OBSERVACIONES (Regresa paciente a Unidad o se queda internado)
Se envió estudio impreso en Central de enfermería.

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA (O)

Vo.Bo. Jefatura de Enfermería para salir al traslado: _____



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

25/05/2021 11:13:03a.m.

Clínica Hospital ISSSTESON Guayma

Blvd. Benito Juárez entre Río Mayo y Gilberto Calles, Col. Los Ríos, Guaymas,

HOSPITALIZACION - CIRUGIA

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO

Enf

Folio: 385

Ordinaria

Fecha / Hora: 25/05/2021 00:00 Cama: 103

Afiliación:

4688608

SEXO: F

EDAD: 53

FECHA NACIMIENTO: 09/07/1967

Nombre:

FIMBRES

ESPINELLI ROCIO RAMONA

Domicilio:

Diagnóstico Actual:

DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMP

Organismo:

HAS

TIPO DE DERECHOHABIENTE: ESPOSA

SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION

Fecha: 25/05/2021

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA:

DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS

JUSTIFICACIÓN:

Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA

[Handwritten signature in a box]

X7711 ASCANIO SANSORES RAFAEL - GENERAL

Ced. Prof.: 2054104 RSSA: 4923/95 Universidad: UAG

Salida: 9:10

Hoyada: 14:50