



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

## Comprobación de Gastos



10123

Número: 10123

Divisa: 01

Fecha: 28/09/2021

Deudor: ( 000418) IBARRA MINJAREZ SERGIO

Dirección:

Lugar: HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

| Proveedor  | Gto. | Centro de Costo     | Egreso | Fact/UUID          | % I.V.A. | I.V.A. | Parcial<br>Divisa |
|--|------|---------------------|--------|--------------------|----------|--------|-------------------|
| 0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA | 1    | VIATICOS NACIONALES | 134024 | NA CHEQUE 002243-- | 0.00     | 0.00   | 2,800.00          |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>Elaboró</p> <p></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p> | <p>Autorizó</p> <p></p> <p>RAMON ALBERTO GONZALEZ TAMAYO</p> | <p>PORC_IVA %</p> <p>IVA_GTO</p> <p>TOTAL</p> <p>RESTA</p> | <p>0 %</p> <p>0.00</p> <p>2,800.00</p> <p>0.00</p> |
|--|--|--|--|

CG. 10123

24 09 2021

IBARRA MINJAREZ SERGIO

2,800.00

(Dos Mil Ochocientos Pesos 00/100 M.N.)

|                    |                                     |          |          |
|--------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| 1-2-1-000-0000     | PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO | 2,800.00 | 0.00     |
| 1-1-1-3-1-016-0000 | CUENTA 65505090318 NOGALES          | 0.00     | 2,800.00 |

viernes 24 septiembre 2021

\$2,800.00

\$2,800.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

0000000065505090318

0000000000000002243

L.C.

LIC. MANUEL ALEJANDRO ESPINOZA LOPEZ



BANCO SANTANDER MÉXICO, S.A.  
INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE  
GRUPO FINANCIERO SANTANDER MÉXICO

29056500

Páguese por este cheque a:

Fecha 24/09/2021

IBARRA MINJAREZ SERGIO

\$ 2,800.00



DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

151327

CUENTA TRADICIONAL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES  
SUC. 4633 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.  
CTA. 65505090318 ISS630101488  
CLABE 014780855050903184



*[Handwritten signature]*

Firma(s)

8 1 6 9 0 5 1 7 6 0 0 1 4 7 0 6 5 5 0 5 0 9 0 3 1 8 0 0 0 2 2 4 3

CUENTA No.

CHEQUE No.

27-10-21  
*[Handwritten signature]*



**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: 86757

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 23/09/2021

Proveedor: 000418 DEUDOR GENERICO

U. Resp.: 97

CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

| Operación         | Factura | Subtotal | Retención | IVA  | Total    |
|-------------------|---------|----------|-----------|------|----------|
| 89069 Sol. Egreso |         | 2,800.00 | 0.00      | 0.00 | 2,800.00 |

|   |                   |                 |
|---|-------------------|-----------------|
| <b>OBSERVACIONES</b>  | <b>Subtotal:</b>  | <b>2,800.00</b> |
|   | <b>Retención:</b> | <b>0.00</b>     |
|   | <b>IVA:</b>       | <b>0.00</b>     |
|   | <b>Total:</b>     | <b>2,800.00</b> |
| <p style="text-align: center;"><u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u><br/>AUTORIZO</p> |                   |                 |




|  |                    |         |                                 | GASTO CORRIENTE                                |          |                                   |              |
|--|--------------------|---------|---------------------------------|--|----------|-----------------------------------|--------------|
| PROVEEDOR: IBARRA MINJAREZ SERGIO 000418 |                    |         |                                 | Fecha de Entrega: 23/09/2021                   |          |                                   |              |
| DIRECCIÓN: -                             |                    |         |                                 | Entregar a :<br>U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES |          |                                   |              |
| RFC:                                     |                    | TEL(S): |                                 | FAX:   |          | Dirección:                        |              |
| PLAZO PARA PAGAR<br>CONTADO              |                    |         | DESCUENTO PRONTO<br>PAGO: ***** |  |          | TEL(S):                      Fax: |              |
| CONDICIONES ADICIONALES:<br>*****        |                    |         |                                 |  |          |                                   |              |
| #  | CÓDIGO<br>AUXILIAR | CÓDIGO  | DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES       | CTD  | UM       | PRECIO                            | PRECIO TOTAL |
| 1  |                    |         | VIATICOS 2020 EN ADELANTE       | 1  | Servicio | 2,800.00                          | 2,800.00     |

|   |             |          |
|---|-------------|----------|
| IMPORTE EN LETRA: Dos Mil Ochocientos Pesos 00/100 M.N. | SUBTOTAL    | 2,800.00 |
| NUM. LICITACIÓN:  | I.V.A.      | 0.00     |
| PROCEDIMIENTO:  | IMPUESTOS   | 0.00     |
| U.R.S:  | RETENCIONES | 0.00     |
| Requisición(es): 0                                      | TOTAL MXN   | 2,800.00 |

Observaciones:


**Condiciones de Entrega:**

En caso de que el instituto requiera los certificados analíticos de los medicamentos, deberá exhibirlos en el almacén indicado en la orden de compra, mismo que deberán estar emitidos por el laboratorio fabricante de conformidad al Reglamento de insumos para la salud y demás disposiciones aplicables. No se aceptara insumos para la salud con fecha de caducidad menor a 12 meses, o en el caso de productos que no requieran de caducidad, deberán indicar la fecha de fabricación; asimismo, para aquellos productos inyectables que contengan diluyentes, deberán indicar los lotes y caducidades de estos. Todos los medicamentos surtidos deberán tener impreso el precio al público para proceder a su recepción. Cuando la entrega de mercancía exceda la fecha límite de entrega el departamento de compras y almacén correspondiente determinara su recepción o rechazo. La Factura deberá cumplir con los requisitos fiscales, así mismo deberá contener referenciado el número de orden de compra y detalle de cada uno de los insumos a entregar tal como se indica en la orden de compra, además tratándose de insumos para la salud deberá de detallar el lote y caducidad.

  
\_\_\_\_\_  
Ing. Fco. Ruben Lopez

ORIGINAL

  
\_\_\_\_\_  


 23/09/2021  
11:09am

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

**H. NOGALES, SONORA DE 21 SEPTIEMBRE DEL 2021**

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 20 de Septiembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **HERNANDEZ LOPEZ JESUS MANUEL** Con número de afiliación **4115301** para ser trasladado del Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, para ser valorado por especialista.

Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 20 de Septiembre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

  
**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

  
21/09/2021



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

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"

**CONSTANCIA DE ASISTENCIA**  
PARA USO DE REPOSICIÓN DE GASTO POR TRANSPORTE DE AMBULANCIA

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.  
NO. DE AFILIACIÓN: 4115301

**A QUIEN CORRESPONDA:**

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A) C **JESUS MANUEL HERNANDEZ LOPEZ**.

INGRESO EL DÍA 20 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. A CONSULTA DE ESPECIALISTA.

ATENDIDO POR: DR. MATUTE

OBSERVACIONES: Paciente que ingresa al servicio de Rayos X, quien presenta documentación de referencia y contra-referencia SI (X) NO ( ) de la localidad de (NOGALES), en transporte de ambulancia:

- ( X ) ISSSTESON
- ( ) SNTE
- ( ) CRUZ ROJA MEXICANA
- ( ) PARTICULAR.

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICIÓN DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA, A LOS VEINTE DIAS DEL MES SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

**ATENTAMENTE**

**RUTH ICELA RUIZ DUARTE**  
DEPTO. TRABAJO SOCIAL.



20 SEP. 2021

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.

**NOTA:** Favor de imprimir tres copias y en ellos registrar nombre, firma, fecha y hora de recibido del chofer de ambulancia. Agregar sello de vigencia de derecho, entregar original al chofer de ambulancia.

c.c.p. Unidad emisora.  
c.c.p. Jefatura de Trabajo Social.



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

H. Nogales, Sonora 20 de SEPTIEMBRE del 2021.  
DIRECCION MÉDICA.  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.  
OFICIO: DMCHN- 20 -2021.  
ASUNTO: Comisión de Traslado.

C.SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
CHOFER

C. ANA LAURA BORBOA CAMPAS  
PARAMEDICO



20 SEP. 2021

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado de la siguiente paciente **HERNANDEZ LOPEZ JESUS MANUEL** con Número de Afiliación **4115301** con motivo de consulta especializada en Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted, le deseamos un buen regreso.

**ATENTAMENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. CHAVEZ GUEVARA IRMA GABRIELA**  
**MEDICO GENERAL**  
**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**





DERECHOHABIENTE  
**TRABAJADOR**

PLAZA  
**BASE**

FECHA DE NACIMIENTO  
**06-sep-1957**

SEXO  
**M**

TIPO Y RH  
**O+**

ALERGIAS  
**SULFAS**

ENFERMEDADES CRÓNICAS  
**HTA/ANGINA DE PECHO  
INESTABLE/**



FECHA SERVICIO DE MATERNIDAD  
TELÉFONO **(631)6908499**

DONADOR DE ÓRGANOS  
**NO**

Mi Salud

DOMICILIO **CANOAS NORTE EDIF 7-C 301/LUIS D. COLOSIO  
y S/D  
CANOAS  
NOGALES  
NOGALES**



*[Signature]*  
Director General

Gobierno del  
Estado de Sonora



Gobierno del  
Estado de Sonora

Secretaría  
de Salud Pública

AFILIACIÓN  
**4115301**

PENSIÓN  
**56596**



NOMBRE **JESUS MANUEL HERNANDEZ LOPEZ**

ORGANISMO **H. AYUNTAMIENTO**

**02-mar-2018**  
EXPEDICIÓN

**02-mar-2024**  
VENCIMIENTO



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



MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE  
HERNANDEZ  
MORENO  
JESUS NORBERTO

FECHA DE NACIMIENTO  
21/10/1997

SEXO H

DOMICILIO  
- EDIFICIO 7 C DPTO 301  
FRACC CANOAS 84069  
NOGALES, SON.

CLAVE DE ELECTOR HRMRJS97102126H200

CURP HEMJ971021HSRFRS05 AÑO DE REGISTRO 2015 00

ESTADO 26 MUNICIPIO 030 SECCIÓN 0187

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2015 VIGENCIA 2025

INE



EDMUNDO GARCÍA HERRERA  
SECR. DE ESTADO  
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL



IDMEX1368378376<<0187104347127  
9710212H2512314MEX<00<<22534<3  
HERNANDEZ<MORENO<<JESUS<NORBER



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

H. NOGALES, SONORA 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

DIRECCIÓN MÉDICA

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 14 de Septiembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **FRANCISCO PERAZA CASTRUITA** con afiliación **14950401** para ser trasladado a su domicilio En la ciudad de Cananea, Sonora.

Regresando a Nogales el mismo día 14 de Septiembre del 2021

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.



**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**



15/09/2021



**AVISO DE COMISION**

|    |    |      |
|----|----|------|
| 14 | 09 | 2021 |
|----|----|------|

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN  
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
 DURANTE 1 DIA, DEL 14 SEPTIEMBRE AL 14 SEPTIEMBRE DEL 2021

| LOCALIDAD                | DIAS     | MOTIVO DE LA COMISION  | TARIFA        |
|--------------------------|----------|--|---------------|
| <b>HERMOSILLO SONORA</b> | <b>1</b> | TRASLADO DE PACIENTE FRANCISCO PERAZA CASTRUITA<br>AFIL.14950401 | <b>700.00</b> |

EN VEHICULO        DIA Y HORA DE RECEPCIÓN       

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ    **AUTOBUS**       

CON LICENCIA        No CON VENCIMIENTO        **I.- SOLICITUD DE VIATICOS:**

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA **\$700.00** DIAS 1 IMPORTE VIATICOS **\$700.00**

CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINO        DIAS        IMPORTE VIATICOS       

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

**A. SOLICITUD DE GASOLINA:**

       /        =        X \$        = \$       

KILOMETRAJE A RECORDER        RENDIMIENTO DEL VEHICULO        LITROS A CONSUMIR        COSTO       

**B. SOLICITUD DE CASETAS:**

No. DE CASETAS:        X COSTO UNITARIO \$       

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: **\$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
 DIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

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 NOMINA.

A T E N T A M E N T E

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

ELABORO: *ARAQ*

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

**H. NOGALES, SONORA DE 21 SEPTIEMBRE DEL 2021**

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**

**SUBDIRECTOR MEDICO**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente le comunico que fui comisionado el día 20 de septiembre del 2021 por necesidad del servicio para el traslado del paciente **CRUZ ROMERO LESLY MICHELLE** Con número de afiliación **17154801** para ser trasladado del Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, para ser valorado por especialista.


Regresando a la Clínica Hospital Isssteson Nogales el día 21 de Septiembre del 2021.

Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de usted.

  
**ATENTAMENTE**

**C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**

**CHOFER**

*Noche*  
  
21/09/2021



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

CENTRO MEDICO "DR. IGNACIO CHAVEZ"

## CONSTANCIA DE HOSPITALIZACION

PARA USO DE REPOSICIÓN DE GASTO POR TRANSPORTE DE AMBULANCIA

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.  
OFICIO: CMDICH/2021  
AFILIACION: 17154801

### A QUIEN CORRESPONDA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL (A)

**C. CRUZ ROMERO LESLY MICHELLE**

INGRESO EL DIA VEINTE DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO AL SERVICIO DE URGENCIAS

ATENDIDO POR: DRA. MARTINEZ CEDANO (GINECOLOGÍA)

OBSERVACIONES: Paciente que ingresa al servicio de hospitalización, quien SI ( X ) NO ( X )  
presenta documentacion de referencias de la localidad de (NOGALES), en transporte  
de ambulancia:

- ( X ) ISSSTESON
- ( ) SNTE
- ( ) CRUZ ROJA MEXICANA
- ( ) PARTICULAR
- ( ) SECRETARIA DE SALUD

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICION DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE  
HERMOSILLO, SONORA A LO: VEINTE DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL VEINTIUNO.

ATENTAMENTE

*PA*  
\_\_\_\_\_  
LTS. MARGARITA AMAVIZCA HERNANDEZ  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

c.c.p. Unidad emisora.  
c.c.p. Jefatura de Trabajo Social



Gobierno del  
Estado de Sonora

Unidos logramos más

Centro Médico "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTESON Juárez y Aguascalientes s/n,  
Col. Modelo. CP 83190. Teléfono: (662) 109 3800. Hermosillo, Sonora.



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

H. Nogales, Sonora a 20 de septiembre del 2021.  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.  
OFICIO: DMCHN-2021.  
ASUNTO: Comisión de Traslado.

**SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ.**  
C. CHOFER

**ANA LAURA BORBOA CAMPAS.**  
C. PARAMEDICO.

**ESPINO VALDOVINOS NOEL**  
C.MEDICO

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del la paciente:  
**CRUZ ROMERO LESLY MICHELLE** . con Número de Afiliación: **17154801**, por el  
con diagnstico **EMBARAZO DE 36 SEMANAS DE GESTACION CON**  
**PATOLOGIA FETAL**, para atencion especializada en el hospital Ignacio Chávez  
de la ciudad de Hermosillo sonora.

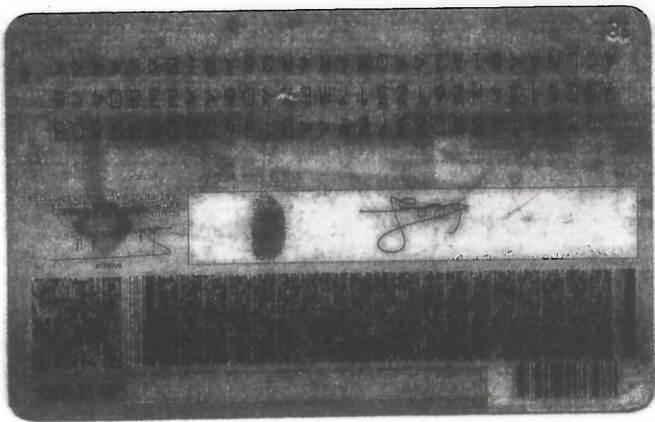
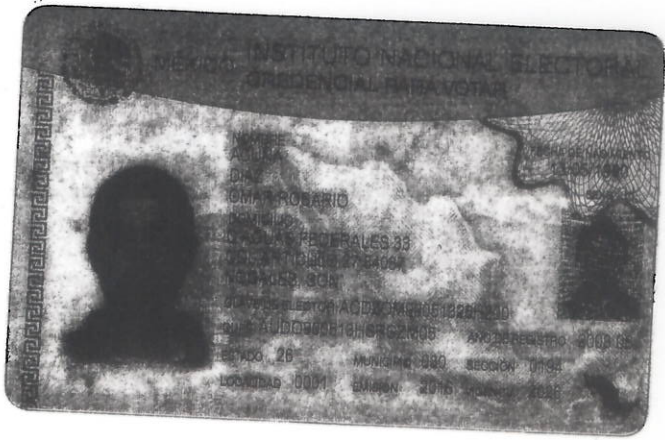
Agradezco como siempre su apoyo. Sin más por el momento quedo de  
usted, le deseamos un buen regreso.

ATENTAMENTE

DR. DR. SUAREZ MACIAS JUAN FRANCISCO  
SUBDIRECTOR MEDICO – MEDICO  
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES

 CENTRO MÉDICO  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"  
**VIGENCIA**  
21 SEP. 2021

TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.







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

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION  
17154801

Cruz Romero Lesly Michelle

APELLIDO PATERNO: Cruz Romero  
MATERNO: Lesly  
NOMBRE: Michelle

ORGANISMO: Gob. Estado

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:  
Ginecología y Obstetricia

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:  
Hosp. Ignacio Chairez

UNIDAD QUE ENVIA: Clínica Hospital Nogales  
COORDINACION: Son.

FECHA DE LA SOLICITUD: 200921  
DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:  
Embarazo 36 sdg  
Trabajo de Parto  
Patología fetal

20 SEP 2009

FECHA DE CITA PRIMERA VEZ:

DEPARTAMENTO DE AFILIACION Y AGENCIA DE SERVICIOS NOGALES SONORA

RESUMEN CLINICO:

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

Femenina 23 años. Sin Enfermedades crónicas 62P1 Emb 36sdg  
FUR 09-01-21 Norma evolutiva al día de hoy. Control particular. Hemograma  
ORH positivo.  
Cesa con actividad uterina desde hoy en la mañana. Valorada en particular  
USG con hallazgo de patología fetal. Se le sugiere cesarea urgente.  
Cuenta con USG que reporta Derrame Pleural bilateral y líquido libre abdominal del producto

MOTIVO DE ENVIO

1 - FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO

2 - PRESENCIA DE COMPLICACIONES

3 - REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES

4 - COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA

5 - TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

6 - PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO \_\_\_\_\_

7 - OTROS \_\_\_\_\_

(ESPECIFIQUE)

(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)

Dr Ana Lorena Del Castillo Ramirez  
XB045

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA

(NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)



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

H. Nogales, Sonora a 21 de Septiembre del 2021  
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
**DIRECTOR**  
**CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES**

Presente:

Por medio del presente informo a usted que fui comisionado a: ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON

**LUGAR:** HERMOSILLO SONORA.

**DIA:** MIERCOLES, 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2021.

**DIA DE REGRESO:** MIERCOLES, 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2021.

**MOTIVO DE LA COMISION:** ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 Y CORRESPONDENCIA.

Sin otro particular por el momento, quedo a sus apreciables órdenes para cualquier duda y/o aclaración al respecto.

**ATENTAMENTE:**

  
**SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ**  
**CHOFER**

  
21/09/2021

C.c.p. Archivo Minutario  
GEPG/araz

BLVD. LOS ALAMOS # 520, COL. PUEBLO NUEVO, C.P. 84080. RUMBO VIEJO CAMINO A CANANEA, NOGALES,  
SONORA TELÉFONOS: (631)152-00-50, DIRECTO (631) 152-00-51 EXT. 88910

**AVISO DE COMISION**

|    |    |      |
|----|----|------|
| 21 | 09 | 2021 |
|----|----|------|

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN  
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
 DURANTE 1 DIA, DEL 22 SEPTIEMBRE AL 22 SEPTIEMBRE DEL 2021

| LOCALIDAD         | DIAS | MOTIVO DE LA COMISION   | TARIFA |
|-------------------|------|---|--------|
| HERMOSILLO SONORA | 1    | ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON | 700.00 |

EN VEHICULO \_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCION \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIERA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ\_ AUTOBUS \_\_\_\_\_

CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ I.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00  
 CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ IMPORTE VIATICOS \_\_\_\_\_

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

**A. SOLICITUD DE GASOLINA:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_=\_\_\_\_\_  
 KILOMETRAJE A RECORDER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

**B. SOLICITUD DE CASSETAS:**

No. DE CASSETAS: \_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_  
 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M.N.)  
 CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
 SUBDIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

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

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

**LABORATORIO ESTATAL  
 DE SALUD PUBLICA**

**R 22 SET. 2021**  
**RECIBIDO**  
 RECEPCION DE MUESTRAS

ELABORO: *ARA*

**AVISO DE COMISION**

|    |    |      |
|----|----|------|
| 21 | 09 | 2021 |
|----|----|------|

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AFILIACION 13806101 AREA DE ADSCRIPCION: DIRECCIÓN  
 UBICACIÓN. CLINICA HOSPITAL NOGALES PUESTO CHOFER NIVEL 3I  
 ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA.  
 DURANTE 1 DIA. DEL 22 SEPTIEMBRE AL 22 SEPTIEMBRE DEL 2021

| LOCALIDAD         | DIAS | MOTIVO DE LA COMISION   | TARIFA |
|-------------------|------|---|--------|
| HERMOSILLO SONORA | 1    | ENTREGA DE MUESTRAS DE COVID-19 EN EL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA Y ENTREGA DE CORRESPONDENCIA A LAS OFICINAS CENTRALES DE ISSSTESON | 700.00 |

EN VEHICULO \_\_\_\_ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ AUTOBUS \_\_\_\_\_

CON LICENCIA \_\_\_\_\_ No CON VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ 1.- SOLICITUD DE VIATICOS:

ANTICIPADOS  DENEGADOS  COMPROBABLES  NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$700.00

CUOTA DIÁRIA GASTOS DE CAMINO \_\_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_ IMPORTE VIATICOS \_\_\_\_\_

**II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:**

**A. SOLICITUD DE GASOLINA:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ X \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_

KILOMETRAJE A RECORDER \_\_\_\_\_ RENDIMIENTO DEL VEHICULO \_\_\_\_\_ LITROS A CONSUMIR \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

**B. SOLICITUD DE CASITAS:**

No. DE CASITAS: \_\_\_\_ X COSTO UNITARIO \$ \_\_\_\_\_

No. DE CASITAS: \_\_\_\_ 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: \$700.00 (SON: SETESCINETOS PESOS 00/100 M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 1306DK0137503

**DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON**  
 SUBDIRECTOR MEDICO CLINICA HOSPITAL NOGALES

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

C. SERGIO ALBERTO IBARRA MINJAREZ

FIRMA DE CONFORMIDAD

**LABORATORIO ESTATAL  
 DE SALUD PUBLICA**

**RECIBIDO**  
 RECEPCIÓN DE MUESTRAS

22 SET. 2021

ELABORO: ARA