



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

Comprobación de Gastos



Número: 9817

Divisa: 01

Fecha: 30/08/2021

Deudor: (001477) JORGE ROBLES SOTO

Dirección: FUENTE DE TOLEDO # 21B

Lugar: NOGALES, SONORA, MÉXICO

Proveedor	Gto.	Centro de Costo	Egreso	Fact/UUID	% I.V.A.	I.V.A.	Parcial Divisa
0002050 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA	1	VIATICOS NACIONALES	131497	NA CHEQUE 2192--	0.00	0.00	700.00

<p style="text-align: center;">Elaboró</p> <p style="text-align: center;"><i>Daniela Traviña</i></p> <p>ANIELA ADRIANA TRASVIÑA DOMINGUE</p>	<p style="text-align: center;">Autorizó</p> <p style="text-align: center;"><i>Ramon Alberto Gonzalez Tamayo</i></p> <p style="text-align: center;">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>700.00</p> <p>0.00</p>
--	--	--	--

CG. 9817

27 08 2021

JORGE ROBLES SOTO

700.00

(Setecientos Pesos 00/100 M.N.)

2-1-1-2-1-000-0000	PROVEEDORES POR PAGAR A CORTO PLAZO	700.00	0.00
1-1-1-3-1-016-0000	CUENTA 65505090318 NOGALES	0.00	700.00

viernes 27 agosto 2021

\$700.00

\$700.00

ANTICIPO A DEUDORES

BANCO SANTANDER MEXICO S.A.

00000000065505090318

0000000000000002192

L.C.

LIC. MANUEL ALEJANDRO ESPINOZA LOPEZ



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

29683684

Páguese por este cheque a:

Fecha 20/08/2021

\$ 700.00

JORGE ROBLES SOTO

SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Moneda Nacional

151327

Cuenta Tradicional
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
SUC. 4833 SUC. (PRINCIPAL) JUAREZ, HERMOSILLO, SON.
CTA. 85505090318 ISS630101488
CLABE 014760665050903184



Firma(s)

76441517600147165505090318110002192

CUENTA No.

CHEQUE No.

Jorge A Robles Soto
27/08/2021



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: 85156

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 26/08/2021

Proveedor: 001477 JORGE ROBLES SOTO

U. Resp.: 97 CLÍNICA HOSPITAL NOGALES

Operación	Factura	Subtotal	Retención	IVA	Total
87238 Sol. Egreso		700.00	0.00	0.00	700.00

OBSERVACIONES	Subtotal:	700.00
	Retención:	0.00
	IVA:	0.00
	Total:	700.00
<u>Lic. José Alfredo Ramírez Fontes</u>		
AUTORIZO		



PROVEEDOR: JORGE ROBLES SOTO 001477		Fecha de Entrega: 24/08/2021	
DIRECCIÓN: -		Entregar a : U.R.: CLÍNICA HOSPITAL NOGALES	
RFC:	TEL(S):	FAX:	Dirección:
PLAZO PARA PAGAR CREDITO 30 DIAS	DESCUENTO PRONTO PAGO: *****		CONDICIONES ADICIONALES: *****

#	CÓDIGO AUXILIAR	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	CTD	UM	PRECIO	PRECIO TOTAL
1			VIATICOS 2020 EN ADELANTE	1	Servicio	700.00	700.00

IMPORTE EN LETRA: Setecientos Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	700.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	700.00

Observaciones: VIATICOS TRASLADO HERMOSILLO 03/08/2021

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.

IMPORTE EN LETRA: Setecientos Pesos 00/100 M.N.	SUBTOTAL	700.00
NUM. LICITACIÓN:	I.V.A.	0.00
PROCEDIMIENTO:	IMPUESTOS	0.00
U.R.S:	RETENCIONES	0.00
Requisición(es): 0	TOTAL MXN	700.00

ORIGINAL

RECIBIDO
26 AGO 2021
DEPTO. DE CONTABILIDAD
CLINICA HOSPITAL
ISSSTESON NOGALES

10:53am

H. Nogales, Sonora a 04 de Agosto del 2021
Clínica Hospital ISSSTESON Nogales

DR. GABRIEL OCTAVIO MONTOYA ROBINSON
SUBDIRECTOR MEDICO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON NOGALES
Presente:

Por medio del presente informo a usted que fui comisionado a: traslado de paciente.

LUGAR: HERMOSILLO SONORA.

DIA: MARTES, 03 DE AGOSTO DEL 2021.

DIA DE REGRESO: MARTES, 03 DE AGOSTO DEL 2021

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DEL PACIENTE RN/ QUINTANA R/N
AFIL.15696813 AL HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ

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

ATENTAMENTE:



JORGE AGRIPINO ROBLES SOTO
MEDICO


04/08/21



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

**H. Nogales, Sonora 03 DE AGOSTO DEL 2021.
DIRECCION MÉDICA.
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON de NOGALES.
OFICIO: DMCHN- -2021.
ASUNTO: Comisión de Traslado.**

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

**C. FELIPE DE JESUS LOPEZ AZCARREGA
PARAMEDICO.**

**DR. JORGE AGRIPINO ROBLES SOTO
MEDICO.**

Presente.

Por medio de la presente nos permitimos comisionarlo al traslado del paciente, **RN QUINTANA RN**, con Número de Afiliación: **15696813** con diagnóstico de: **RECIEN NACIDO 38 SDG MACROSOMICO SEPSIS NEONATAL**. Nombre de la madre **IVONNE GUADALUPE QUINTANA DOMINGUEZ** con Número de Afiliación: **15696801**. Por requerir **ATENCION 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

**DR. JUAN FRANCISCO SUÁREZ MACIAS
COORDINADOR MEDICO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON DE NOGALES**

 **CENTRO MÉDICO
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"**
VIGENCIA
03 AGO. 2021

**TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS
HERMOSILLO, SONORA.**



87231

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

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACION

OFICINA: TRABAJO SOCIAL.
OFICIO: CMDICH/2021
NO. DE AFILIACION: 15696813

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE EL(A) **RN QUINTANA RN**, INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS, EL DIA 03 DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO, A LAS 18:07 HRS.

ATENDIDO (A) POR EL (A) DOCTOR (ES): **DR. RODRIGUEZ**

OBSERVACIONES: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUIEN SI (X) NO () PRESENTA DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIAS DE LA LOCALIDAD DE (NOGALES), EN TRANSPORTE DE AMBULANCIA:

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

SE EXTIENDE LA PRESENTE A PETICION DEL (A) INTERESADO (A) EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA. AL DIA 03 DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

ATENTAMENTE

P.A. Sandra Jaramillo

**LTS. DANIEL RUIZ TAPIA
TRABAJO SOCIAL / URGENCIAS**

 **CENTRO MÉDICO
"DR. IGNACIO CHAVEZ"**
VIGENCIA
03 AGO. 2021

**TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS
HERMOSILLO, SONORA.**



REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO

URGENTE

NUMERO DE AFILIACION
 11151691681131
 QUINTANA DOMINGUEZ RN,
 APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE
 ORGANISMO:

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE:
 NEONATOLOGIA
 UNIDAD A LA QUE SE ENVIA:
 HOSPITAL IGUACIO CHAVEZ
 UNIDAD QUE ENVIA: COORDINACION
 NOCALES
 FECHA DE LA SOLICITUD
 03/08/21
 DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO (S) DE ENVIO:
 RECIEU NACIDO con SDG
 MACROSONICO
 SEPSIS NEONATAL
 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:

NASCIUO RECIEU NACIDO en pocas horas de vida producto de madre de 31 años con antecedente de diabetes mellitus, preeclampsia el (DA) fue obtenido via cesarea por presentar ruptura de membranas con salida de liquido amniotico al nacer se otorgaron maniobras basicas reanimacion se otorgaron oxigeno, aspiracion de mucus y lateter umbilical ingresando al area de cuidados por riesgo de sepsis durante su estancia desarrolló hipocalemia, roturas, taquipnea signos vitales TA 107/65 FC 124 TEM 38.5 SAT 95% (O2 suplementario)

MOTIVO DE ENVIO: FIR 70

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 **VIGENTE** DIAS TIPO DE INCAPACIDAD
 ENFERMEDAD GENERAL
 RIESGO DE TRABAJO
 MATEMÁTICA
 03 AGO 2021
 DEPARTAMENTO DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS SONORA

FECHA DE INICIO: _____
 DIA MES AÑO

INICIAL SUBSECUENTE

MEDICO RESPONSABLE: (NOMBRE, CLAVE Y FIRMA)
 MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, CLAVE, CARGO Y FIRMA)
 J. CARLOS O. MARTINEZ

SEÑORA

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

AFILIACIÓN **15696801** PENSIÓN **196411**

NOMBRE **IVONNE GUADALUPE QUINTANA DOMINGUEZ**
ORGANISMO **H. AYUNTAMIENTO**



 Secretaría de Salud Pública

DERECHOHABIENTE **TRABAJADOR** PLAZA **CONFIANZA** Historia Clínica 

FECHA DE NACIMIENTO **12-sep-1989** SEXO **F** TIPO Y RH **O+**

ALERGIAS **NO** ENFERMEDADES CRÓNICAS **NO**

TELÉFONO **(632)1069282**

DOMICILIO **CARRETERA MUNICIPAL 116/S/D y SD CAÑADA DEL DIABLO IMURIS IMURIS**

 Director General Mi Salud 

MÉXICO **INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL**
CREDECIAL PARA VOTAR

NOMBRE **QUINTANA DOMINGUEZ KARLA ELIZABETH** FECHA DE NACIMIENTO **12/01/2000** SEXO **M**

DOMICILIO **AV IMURIS 116 COL LA CAÑADA DEL DIABLO 84120 IMURIS, SON.**

CLAVE DE ELECTOR **QNDMKR00011226M700**

CURP **QUDK000112MSRNMRA6** AÑO DE REGISTRO **2017 00**

ESTADO **26** MUNICIPIO **024** SECCIÓN **0115**

LOCALIDAD **0001** EMISIÓN **2017** VIGENCIA **2027**







EDMUNDO GONZALEZ ROSA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

REGISTRADO FEDERAL LOCALIDAD Y ESTADUAL

 



**ID MEX1665166340<<0115.119659003
0001122M2712310MEX<00<<00707<7
QUINTANA<DOMINGUE<<KARLA<ELIZA**