



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

86144

FECHA: 09 DE AGOSTO DEL 2021

DEUDOR: BARCELO GARCIA RUBEN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 09/08/2021 A 09/08/2021

DEPENDENCIA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL SUPLENTE FIJO

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

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

OBSERVACIÓN:

37501/ TRASLADO DE PACIENTE C. BALVANEDA MEDINA ROJAS AFILIACION 5659508 A SU DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA 09/08/21

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

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

BARCELO GARCIA RUBEN

SOLICITÓ

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA  
JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES  
HOSPITAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
ISSSTESON

VALIDÓ

LIC. CARMÉN AIDA LACY VALENZUELA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
HOSPITAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
ISSSTESON

AUTORIZÓ

Ignacio Aguirre.





09 08 2021

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. RUBEN BARCELO GARCIA AFILIACION: 6475601 AREA DE ADSCRIPCIÓN: SERVICIOS GENERALES

UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS PUESTO: CAMILLERO NIVEL 4I

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: TRASLADO ETCHOJOA, SON.

DURANTE 1 DIA(S), DEL 09 DE AGOSTO AL 09 DE AGOSTO DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE C. BALVANEDA MEDINA ROJAS AFILIACION 5659508 A SU

DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA.

VEHICULO: AMBULANCIA 141 PLACAS: VE-59-182 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: C. ANGEL VAZQUEZ SANCHEZ

CON LICENCIA NO L1930RC1085199 CON VENCIMIENTO: 03/12/2022

ANTICIPADOS [ ] DEVENGADOS [ ] COMPROBABLES [ ] NO COMPROBABLES [ ]

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

Cuota diaria gastos de camino \$ DIAS IMPORTE VIATICOS \$

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: IMPORTE TOTAL \$

AREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$220.00 (SON: DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100M N)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061103 37501

Arq. Jesús Rodolfo Aguilar Rivera
Jefe de Dpto. Servicios Generales
C.H.A.L.M

Lic. Carmen Aida Lacy Valenzuela
Subdirector Administrativo C.H.A.L.M

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.

ATENTAMENTE

C. RUBEN BARCELO GARCIA
FIRMA DE CONFORMIDAD



# Hospital Adolfo López Mateos

Calle Sinaloa #643 entre Mayo y Tetabiate, Col. Norte

09/08/2021 10:30:36a. m

HOSPITALIZACION

## NOTA DE EGRESO

Paciente: 5659508 SEXO: F EDAD: 71 FECHA NACIMIENTO: 13/05/1950

Cama: 29

Nombre: MEDINA ROJAS BALBANEDA

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: NEUMONIA, NO ESPECIFICADA

Alta por: Mejoría

Fecha de Ingreso Hospitalario: 25/06/2021 00:52

Fecha de Egreso Hospitalario: 09/08/2021 10:28

Días Internamiento Hospitalario: 45

Diagnósticos de Egreso:

NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

Resumen de Evolución

SE EGRESA A SU DOMICLIO EN AMBULANCIA

EN DONDE CONTINUA CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR TIEMPO INDEFINIDO.

SE EGRESA POR MEJORIA, HEMPODINAMICAMENTE ESTABLE.

Plan de manejo y Tratamiento

DX DE EGRESO:

SECUELAS DE EVC

PO TRAQUEOSTOMIA

PRONOSTICO:Ligado a evolución

FIRMA RESPONSABLE

G09375 CHAIDEZ CUEN SCARLETTE GLAFIRA - GENERAL

Ced. Prof.: 12298774 RSSA: 65788 Universidad: UNIVERSIDAD XOCHICALCO

TEL. 413 7449 EXT. 117



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

CREDENCIAL PROVISIONAL

No. 056595-08

VALIDA HASTA: 30/September/2021

NOMBRE: Medina Rojas Balbarraca  
PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: 13/05/1980

FECHA DE EXPEDICION: 30/06/2021

LOCALIDAD: 180 ORGANISMO: 03

ISSSTESON  
HOSPITAL AZUCONO RAMOS  
JEFE DE DEPENDENCIAS  
FIRMA DE ASESORIA PERSONAL  
AUTORIZA  
DE DERECHOS  
ETCHOJOA, SONORA

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE AYALA AGUIRRE RAMON IGNACIO  
DOMICILIO AV 16 DE SEPTIEMBRE 36 BARR. EL RASTRO 85280 ETCHOJOA, SON.  
CLAVE DE ELECTOR AYAGR189032726H800  
CURP AAAR980327HSRYGM02 AÑO DE REGISTRO 2017 00

FECHA DE NACIMIENTO 27/03/1996 SEXO H

ESTADO 26 MUNICIPIO 063 SECCION 1140  
LOCALIDAD 0001 EMISION 2017 VIGENCIA 2027

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
AYALA  
AGUIRRE  
RAMON IGNACIO

DOMICILIO  
AV 16 DE SEPTIEMBRE 36  
BARR EL RASTRO 85280  
ETCHOJOA, SON

FECHA DE NACIMIENTO  
27/03/1998

SEXO H

CLAVE DE ELECTOR AYAGRM98032726H800

CURP AAAR980327HSRYGM02 AÑO DE REGISTRO 2017 00

ESTADO 26 MUNICIPIO 063 SECCIÓN 1140

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027



INE

R. Ignacio Ayala Aguirre

INE INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
AV. CALZADA DE LA UNIÓN 15, 06000 MÉXICO, D.F.

IDMEX1565940875<<1140117426821  
9803271H2712310MEX<00<<00402<0  
AYALA<AGUIRRE<<RAMON<IGNACIO<<

Cd. Obregón, Sonora a 11 de Agosto del 2021

**ASUNTO: INFORME DE AVISO DE COMISION.**

**A QUIEN CORRESPONDA  
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS  
PRESENTE.-**

Por medio de la presente, informo a usted, que fui comisionado a:

**LUGAR: Etchojoa, Sonora.**

**DÍA: 09/Agosto/2021**

**MOTIVO DE LA COMISION:**

Traslado de paciente C. **BALBANEDA MEDINA ROJAS CON AFILIACION 5659508** de la dependencia de H. **AYUNTAMIENTO DE CAJEME**, con diagnóstico de **NEUMONÍA NO ESPECIFICADA**, con motivo de alta a domicilio en Etchojoa, Sonora.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

**ATENTAMENTE**

  
**C. RUBÉN BARCELÓ GARCÍA  
CAMILLERO  
SERVICIOS GENERALES**

