



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

78365

FECHA: 09 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: GONZALEZ LINARES FELIPE DE JESUS

DEPENDENCIA: HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

R.F.C. GOLF871231B36

VIÁTICO: PERSONAL BASE VIÁTICOS EST

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 09/04/2021 A 09/04/2021

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

| CANT. | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | IMPORTE |
|-------|---------------------------|-----------------|----------|
| 1 | VIATICOS 2020 EN ADELANTE | \$700.00 | \$700.00 |

OBSERVACIÓN:

37501 TRASLADO DE PACIENTE BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA CON AFILIACION 2315701 A ESTUDIO EN HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO, SON EL DIA 09 DE ABRIL DEL 2021

| | |
|--------------|-----------------|
| SUBTOTAL | \$700.00 |
| 16% IVA | \$0.00 |
| TOTAL | \$700.00 |

TOTAL LETRA: SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.

ARQ. JESÚS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
ISSSTESON

Felipe Gonzalez
GONZALEZ LINARES FELIPE DE JESUS

SOLICITÓ

VALIDO



AUTORIZÓ

Carmen Aida Lacy Valenzuela

LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
ISSSTESON



CR11521

RECIBIDO
9:15
30 ABR. 2021

CONTABILIDAD
Hosp. Lic. Adolfo López Mateos



| | | |
|----|----|----|
| 09 | 04 | 21 |
|----|----|----|

AVISO DE COMISIÓN

C. **FELIPE DE JESUS GONZALEZ LINARES** AFILIACION **12968801** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**

UBICACIÓN **HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS** PUESTO **CAMILLERO** NIVEL **4I**

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

DURANTE **1** DIA(S), DEL **09** DE **ABRIL** AL **09** DE **ABRIL** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **TRASLADO DEL PACIENTE BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA, AFILIACION 2315701, A HOSPITAL IGNACION CHAVEZ PARA UN ESTUDIO DE CPRE.**

VEHICULO **AMBULANCIA 141** PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. **ANGEL DE JESUS VAZQUEZ SANCHEZ**

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO

ANTICIPADOS DEVENGADOS 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:** _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASSETAS:

No. DE CASSETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ **700.00**

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **\$700.00 (SON: SETECIENTOS PESOS 00/100 M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131061103 37501**

Arq. Jesús Rodolfo Aguilar Rivera
Jefe Depto. Servicios Generales

Lic. Carmen Aida Lacy Valenzuela
Subdirector Administrativo

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

Felipe Gonzalez
FELIPE DE JESUS GONZALEZ LINARES

FIRMA DE CONFORMIDAD



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

Cd. Obregón, Son., a 09 de Abril del 2021
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
Oficio 031

Chofer: C. Angel Vázquez Sánchez
Camillero: C. Felipe de Jesús González

A través del presente me permito comisionarlo para realizar traslado del (la) paciente: Balvanedo Ramírez Valenzuela, número de afiliación 2315701, con diagnóstico de: Colecistitis, para estudio de CPRE, hacia la Cd. de Hermosillo, Son., al Hospital Ignacio Chávez, el día de hoy 09 de Abril del año en curso, unidad 141.

Así mismo, solicito a usted presentar a su regreso un informe detallado de su comisión a más tardar dos días hábiles después de su comisión.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente

Dr. Plutarco A. Valdez Romero
Sub Director Médico
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
I.S.S.S.T.E.SON.

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695

ISSSTE SON
CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
CD. OBREGÓN SON



DERECHOHABIENTE
TRABAJADOR

PLAZA
BASE

FECHA DE NACIMIENTO **21-nov-1959** SEXO **M** TIPO Y RH **O+**

ALERGIAS

ENFERMEDADES CRÓNICAS
DIABETES

FECHA SERVICIO DE **MATEPUN**
TELÉFONO **(647)1212824**

DOMICILIO **PERIFERICO S/N/S/DS/D**

**LAS MALVINAS
LA COLORADA
LA COLORADA**

Historia Clínica

MI SALUD

DONADOR DE **NO**

Gobierno del Estado de Sonora

Director General

Gobierno del Estado de Sonora | Secretaría de Salud Pública

AFILIACIÓN **2315701** PENSIÓN **33154**

NOMBRE **BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA**

ORGANISMO **MAGISTERIO**

02-jul-2018 EXPEDICIÓN

02-jul-2024 VENCIMIENTO

ISSSTES-ON
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

INE

Edmundo Jacobo Molina
SECRETARIO EJECUTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Ha Cecilia Moreno S

ID MEX1877930960<<1171059661119
6806167M2912316MEX<01<<03146<9
MORENO<SINOHUI<<MARIA<CECILIA<

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE **MORENO SINOHUI MARIA CECILIA**

FECHA DE NACIMIENTO **16/06/1968** SEXO **M**

DOMICILIO **C PERIFERICO S/N COL LAS MALVINAS BACOBAMPO 85287 ETCHOJOA, SON.**

CLAVE DE ELECTOR **MRSNCC68061626M100**

CURP **MOSC680616MSRRNC02** AÑO DE REGISTRO **1991 01**

ESTADO **26** MUNICIPIO **063** SECCIÓN **1171**

LOCALIDAD **0024** EMISIÓN **2019** VIGENCIA **2029**



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

CONTROL DE TRASLADOS

FECHA: 09 Abril 2021

FOLIO: 06

NOMBRE DE PACIENTE: Ballewaredo Ramirez Valenzuela
AFILIACION: 2315701 DEPENDENCIA: _____
CHOFER: Angel Nazquez Sanchez CAMILLERO: Felipe de Jesus Gonzalez
HORA DE SALIDA: 10:00 HORA DE LLEGADA: 15:30
UNIDAD DE TRANSPORTE 141 DESTINO: Hospital Ignacio Chavez

AUTORIZACION DE LA SUBDIRECCION MÉDICA:


FIRMA

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9696

CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCION MEDICA
CD. OBREGON, SON.

SELLO

FIRMA Y/O SELLO DEL LUGAR DE DESTINO:

FIRMA DE PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE:

MA Cecilia Moreno S

CD. OBREGÓN, SONORA. A 15 DE ABRIL DEL 2021

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS**

Asunto: informe de checada de regreso por comisión

Por medio de la presente, informo a usted, que llegué de regreso a ésta unidad hospitalaria I.S.S.S.T.E.SON., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 09 de Abril, de paciente **C. BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA CON AFILIACION 2315701** con diagnóstico de COLECISTITIS a HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ en Hermosillo, Sonora.

Cabe mencionar que dicho traslado fue indicado y autorizado por el DR. PLUTARCO VALDEZ ROMERO SUB DIRECTOR MEDICO DEL TURNO MATUTINO partiendo a las 10:00 hrs. y llegando a las 15:30 hrs. Del mismo día.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

Felipe Gonzalez

**C. FELIPE DE JESUS GONZALEZ LINARES
CAMILLERO**



VO.BO.

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES**