



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

84494

FECHA: 09 DE JULIO DEL 2021

DEUDOR: ANTONIO ALBERTO ROJAS ANGULO

R.F.C. ROAA8303271R8

TEL:

PERIODO: 09/07/2021 A 09/07/2021

DEPENDENCIA: HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL BASE VIÁTICOS EST

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	VIATICOS NACIONALES	\$700.00	\$700.00

OBSERVACIÓN:

08/07/21, NOMBRE: LEONEL REYES LEYVA, AFILIACION: 6786260, DX: ESOFAGITIS, REFERIDO AL CENTRO MEDICO DR. IGNACIO CHAVEZ, HERMOSILLO, SONORA.

SUBTOTAL \$700.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$700.00

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

LIC. ALMA PATRICIA HERRERA SANCHEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS
ISSSTESON

ANTONIO ALBERTO ROJAS
ANGULO

SOLICITÓ

VALIDÓ

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695

AUTORIZO
CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCION MEDICA
CD. OBREGÓN, SON

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



84409

08 | 07 | 21

AVISO DE COMISIÓN

C. Antonio A. Reyes Arzu AFILIACION 14211301 AREA DE ADSCRIPCIÓN: **HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS.**

UBICACIÓN **JEFATURA DE ENFERMERIA** PUESTO **PARAMEDICO** NIVEL **21**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: TRASLADO DE PACIENTE.

DURANTE 1 DIA(S), DEL 08 DE 07 AL 08 DE 07 DEL 21. Leonel Reyes Leyva Af16786260

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de paciente Leonel Reyes Leyva Af16786260 a estudio de esofagograma.

VEHICULO _____ PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN _____

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA C. _____

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO _____

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

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

Cuota diaria gastos de camincho \$ 700.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 700.00

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 08/07/21 FECHA REGRESO 08/07/21

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ 700.00

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$700.00 (setecientos pesos m.n. - 00/100 m.n.)

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131060101 37501**

A. Patricia H...
Lic. Alma Patricia Herrera Sánchez
Jefe del Depto. de Enfermería

Carmen Aida Lacy Valenzuela
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 EFECTUE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE

[Signature]
FIRMA DE CONFORMIDAD





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

Hospital Adolfo López Mateos

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

HOSPITALIZACION - MEDICINA

08/07/2021 01:32:48p. m
Página:1 de 1

SOLICITUD DE GABINETE



Folio: 2,876 **URGENTE** **Fecha / Hora:** 07/07/2021 10:07 **Cama:** 19
Afiliación: 6786260 **SEXO:** M **EDAD:** 70 **FECHA NACIMIENTO:** 09/04/1951
Nombre: REYES LEYVA LEONEL
Domicilio: EJERCITO NACIONAL 418/RODEO y PLAN DE GUADALL
Diagnóstico Actual: ESOFAGITIS
Organismo: ISSSTESON

Descripción:

ESOFAGOGRAMA

Indicación:

idx hernia hiatal por deslizamiento

FIRMA

G09366 CASTRO GUTIERREZ BLAS EMMANUEL - GENERAL

Ced. Prof.: 8065247 RSSA: 9208/13 Universidad: ND

Gobierno del Estado de Sonora | Secretaría de Salud Pública

AFILIACIÓN: 6786260 | PENSIÓN: SISMP (SISTEMA INTEGRAL DE SEGURO ALERGO-PADRES)

Nombre: LEONEL REYES LEYVA

ORGANISMO: ISSSTESON

23-Nov-2018 | 21-Nov-2021

EXPEDICIÓN | VENCIMIENTO

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

DER. COHABIENTE: PADRE (SISMP) | PLAZA: N/A

FECHA DE NACIMIENTO: 09-Abr-1951 | SEXO: M | TIPO Y RH: O+

ALERGIAS: | ENFERMEDADES CRÓNICAS: HIPERT. ART.

FECHA SERVICIO DE MATERNIDAD: | TELÉFONO: (644)1400212

DOMICILIO: EJERCITO NACIONAL 418/RODEO y PLAN DE GUADALUPE LUIS ECHEVERRÍA ÁLVAREZ (AL) CD. OBREGON (CAJEME) CD. OBREGON (CAJEME)

Gobierno del Estado de Sonora | Director General

Historia Clínica | Mi Salud



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

CD. OBREGON, SON. A 08 DE JULIO DEL 2021
HOSPITAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"


ANTONIO ALBERTO ROJAS ANGULO
PARAMEDICO
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito comisionarlo para realizar el traslado del **Paciente:**
LEONEL REYES LEYVA, Afiliación: 6786260, quien será trasladado con diagnostico Esofagitis
a cita de estudio Esofagograma de tercer nivel, al Centro Medico Ignacio Chávez en la Cd. de
Hermosillo, Sonora, el día de hoy 08 de julio del 2021, a realizarse en la ambulancia #142.

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

Sin más por el momento quedo de usted.

Atentamente


DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
SUB DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.SON.

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695



CD. OBREGÓN, SONORA. A 08 DE JULIO DEL 2021

A QUIEN CORRESPONDA.

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.S.O.N., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 08 de julio, del paciente año, trasladando a C. Leonel Reyes Leyva: 6786260, con diagnóstico de Esofagitis, el cual se refirió al Centro Medico Dr. Ignacio Chávez, en Hermosillo, Sonora, en la ambulancia No. 141 a estudio de Esofagograma.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE


ANTONIO ALBERTO ROJAS ANGULO
PARAMEDICO


LIC. ALMA PATRICIA HERRERA SANCHEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS
I S S T E S O N