



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

85611

FECHA: 29 DE JULIO DEL 2021

DEUDOR: PEREZ NAVARRO LUIS ARMANDO

R.F.C. PENL960912SM2

TEL:

PERIODO: 29/07/2021 A 29/07/2021

DEPENDENCIA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: PERSONAL BASE VIÁTICOS EST

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: VIATICOS NACIONALES

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

OBSERVACIÓN:

37501. Traslado de paciente Adrian Perez Lopez con afiliación 16220011 al Hospital Dr. Ignacio Chavez en Hermosillo Sonora

SUBTOTAL \$700.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$700.00

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

PEREZ NAVARRO LUIS ARMANDO

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ





29 07 2021

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. LUIS ARMANDO PEREZ NAVARRO AFILIACION: 16220001 AREA DE ADSCRIPCIÓN: SERVICIOS GENERALES
UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS PUESTO: CAMILLERO NIVEL 21
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: TRASLADO A HERMOSILLO, SONORA.
DURANTE 1 DIA(S), DEL 29 DE JULIO AL 29 DE JULIO DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE ADRIAN PEREZ LOPEZ AFILIACIÓN 16220011 AL HOSPITAL DR.
IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO SONORA.

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

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO

CONLICENCIA NO L1900RC1162859 CON VENCIMIENTO: 03/03/2022

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 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: \$700.00 ( SON: SETECIENTOS 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.

A T E N T A M E N T E

C. LUIS ARMANDO PEREZ NAVARRO

FIRMA DE CONFORMIDAD

Carmen Lizarraga G



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

CD. OBREGON, SON. A 29 DE JULIO DEL 2021  
HOSPITAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
SUBMEDMAT/029/2021

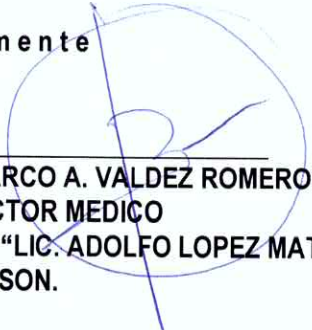
**LUIS ARMANDO PEREZ NAVARRO**  
**CAMILLERO**  
**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente me permito comisionarlo para realizar el traslado del **Paciente: ADRIAN PEREZ LOPEZ, Afiliación: 16220011**, quien será trasladado con diagnóstico Quemadura del Tronco de 2do. Grado, al servicio de Urgencias Pediatría de tercer nivel, al Centro Medico Ignacio Chávez en la Cd. de Hermosillo, Sonora, el día de hoy 29 de julio del 2021, a realizarse en la ambulancia #141.

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.T.E.SON.**

**DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO**  
Z-9695





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

SOLICITUD DE INTERCONSULTA  
HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1

HORA: 8:42 pm

FOLIO : 84281

28 / Jul / 2021

AFILIACION: 16220011 SEXO: M EDAD: 2 FECHA NACIMIENTO: 15/08/2018  
NOMBRE: PEREZ LOPEZ ADRIAN  
DIAGNÓSTICO: (QUEMADURA DEL TRONCO, DE SEGUNDO GRADO)

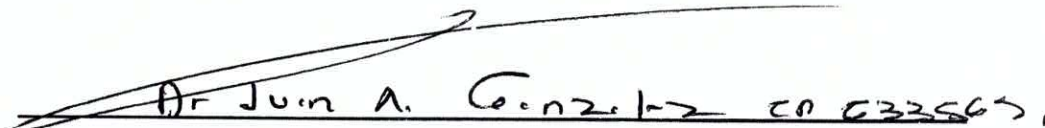
SOLICITUD: URGENTE

INTERCONSULTA AL SERVICIO DE :

CIRUGIA PLASTICA

RESUMEN

LACTANTE MAYOR DE 2 AÑOS CON IDX QUEMADURA POR AGUA HIRVIENDO EN TÓRAX Y ABDOMEN DE 2DO GRADO CON ÁREA DE SC QUEMADA DEL 32%, SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA PARA VALORAR NECESIDAD DE COLOCACIÓN DE INJERTO.

  
Dr. Juan A. Gonzalez CO 032567,

G09184 Dr. JESUS ARNULFO PRADO RENDON - PEDIATRÍA

CProf. 6781895 RSSA TRAMITE UAS - CProf. 10077730 RSSA 412/17 UAS

Consulta Externa Especialista, Hospital Adolfo López Mateos, CIUDAD OBREGÓN, SONORA

ESTA CREDENCIAL TEMPORAL SUSTITUYE EL PASE DE SERVICIO MEDICO Y TENDRA UNA VIGENCIA DE 30 DIAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.



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

SE DARÁ AL ASEGURADO SOLA UNA VEZ CON CARACTER IMPROPRORROGABLE, EN LOS CASOS DE TRAMITE DE CREDENCIAL POR:

CREDENCIAL PROVISIONAL

No. 0162200-11

VALIDA HASTA:

31/07/2021

NOMBRE: Perez Lopez Adrian  
PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPEDICION: 29/07/2021

LOCALIDAD: 180 ORGANISMO: 04

- NUEVO INGRESO
- REINGRESO
- RESELLO
- RENOVACION
- PENSION

*NF*

PARA OBTENER SU CREDENCIAL DEFINITIVA COMO ASEGURADO DEL ISSSTESON, EL TRABAJADOR DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE EL REGLAMENTO.




FERIA DEL ASEGURADO  
 AFILIACION Y VIGILANCIA  
 Jefe de Vigilancia  
 FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  
 1807


 MUNICIPIO | MUNICIPALITY  
**CAJEME**  
 TIPO DE SANGRE | BLOOD TYPE  
**O-**  
 COLOR DE OJOS | EYES  
**CAFE OSCURO**  
 ESTATURA | HEIGHT  
**1.78**  
 PADECIMIENTOS MÉDICOS | MEDICAL CONDITIONS  
**NINGUNA**

SEXO | GENDER  
**FEMENINO**  
 DONADOR | DONOR  
**NO**  
 CABELLO | HAIR  
**CASTAÑO**  
 PESO | WEIGHT  
**69.00**  
 ALERGIAS | ALLERGIES  
**NINGUNA**

EN CASO DE EMERGENCIA | EMERGENCY CONTACT  
**PATRICIA LIZARRAGA LAFARGA**

TELÉFONO | PHONE  
**6441998785**

FIRMA DEL CONDUCTOR | SIGNATURE  


Para verificar la autenticidad de este documento consulta en línea.  
 In order to verify authenticity visit online: [www.sonora.gob.mx](http://www.sonora.gob.mx)


 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
 GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA • UN NUEVO SONORA

LICENCIA | DRIVER LICENSE  
 LICENCIA DE AUTOMOVILISTA  
 NOMBRE | NAME  
**MARIA DEL CARMEN**  
**LOPEZ LIZARRAGA**  
 CORP | PERSONAL NO.  
**LOLC960909**  
 NAC. | NATIONALITY  
**MEXICANA**  
 RFC | TIN  
**LOLC960909EB3**  
 DOMICILIO | ADDRESS  
**JUAN ESCUTIA 238 LA CORTINA CAJEME**

FECHA DE NAC. | DATE OF BIRTH  
**09/09/1996**





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

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN

Oficina TRABAJO SOCIAL  
Oficio CMDICH/2017  
No. Afiliación 16220011

Por medio de la presente se hace constar que el (a) c. ADRIAN PEREZ LOPEZ ingresó al servicio de urgencias el día 29 de julio de 2021 a las 14:56

Atendido (a) por el (a) doctor (es) DRA. BARRAGAN.

Observaciones:

Paciente que ingresa al servicio de urgencias, quien sí presenta documentación de referencias de la localidad de OBREGON, en transporte de ambulancia: ISSSTESON.

Se extiende la presente a petición del (a) interesado (a) en la Ciudad de HERMOSILLO, Sonora a los 06 días del mes de agosto de 2021.

ATENTAMENTE

L.T.S. KARLA F. CHENO DE LA LUZ  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

 CENTRO MÉDICO  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"  
**VIGENCIA**  
29 JUL. 2021  
TRABAJO SOCIAL-RECEPCIÓN DE URGENCIAS  
HERMOSILLO, SONORA.

Cd. Obregón, Sonora a 30 de Julio 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: Hermosillo, Sonora.**

**DÍA: 29/Julio/2021**

**MOTIVO DE LA COMISION:**

Traslado de paciente **C. ADRIAN PÉREZ LÓPEZ CON AFILIACION 16220011** con diagnóstico de **QUEMADURA DE TRONCO DE 2DO GRADO**, con motivo de recibir atención en **HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ** en Hermosillo, Sonora.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

**ATENTAMENTE**

*C. Luis N.*

**C. LUIS ARMANDO PEREZ NAVARRO  
CAMILLERO  
SERVICIOS GENERALES**

