



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

OP 85612

SOLICITUD VIÁTICOS:

85659

FECHA: 30 DE JULIO DEL 2021

DEUDOR: PALOMARES CASTRO JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 30/07/2021 A 30/07/2021

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. GILBERTO VALENZUELA MENDEZ AF. 4046502 A SU DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA. EL 30/07/21

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

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

PALOMARES CASTRO JOSE ALFREDO

SOLICITÓ

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
ISSSTE SON

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

Gracela Gasteluen





30 07 2021

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO AFILIACION: 8692401 AREA DE ADSCRIPCIÓN: SERVICIOS GENERALES
UBICACIÓN: CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS PUESTO: CHOFER NIVEL 51
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: TRASLADO A ETCHOJOA, SON.

DURANTE 1 DIA(S), DEL 30 DE JULIO AL 30 DE JULIO DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE C. GILBERTO VALENZUELA MENDEZ AFILIACION 4046502 A SU DOMICILIO EN ETCHOJOA, SONORA.

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

EL VEHICULO LO CONDUCCIRA: C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO

CON LICENCIA NO L1900RC1162859 CON VENCIMIENTO: 03/03/2022

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 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: \$

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.

A T E N T A M E N T E

C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO
FIRMA DE CONFORMIDAD



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

CD. OBREGON, SON. A 30 DE JULIO DEL 2021
HOSPITAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
SUBMEDMAT/030/2021

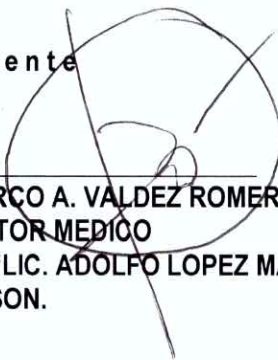
ALFREDO PALOMARES CASTRO
CHOFER
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito comisionarlo para realizar el traslado del **Paciente: GILBERTO VALENZUELA MENDEZ, Afiliación: 4046502**, alta en ambulancia a su domicilio indicado por medico Dr. Iván Antonio Ahumada (médico traumatólogo), a la Cd. de Etchojoa, Sonora, el día de hoy 30 de julio del presente, 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





Paciente: 4046502 SEXO: M EDAD: 62 FECHA NACIMIENTO: 04/02/1959

Cama: 25

Nombre: VALENZUELA MENDEZ GILBERTO

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: FRACTURA PERTROCANTERIANA

Alta por: Mejoría

Fecha de Ingreso Hospitalario: 23/07/2021 11:27

Fecha de Egreso Hospitalario: 30/07/2021 12:17

Días Internamiento Hospitalario: 7

Diagnósticos de Egreso:

FRACTURA PERTROCANTERIANA

Resumen de Evolución

MASC DE 62 AÑOS DE EDAD

INGRESA CON DX DE FX TRANSTROCANTERICA FEMORAL IZQUIERDA EL DIA 21-07-2021.

SE REALIZA CX DE REDUCCION ABIERTA CON PLACA DHS DE 4 ORIFICIOS EL DIA DE HOY EN TURNO MATUTINO SIN INCIDENTES NI COMPLICACIONES, CURSANDO SUS PRIMERAS HORAS DE POSTOPERADO SIN EVENTUALIDADES.

POR LO ANTERIOR SE INDICA SU ALTA HOSPITALARIA CON LAS INDICACIONES SIGUIENTES:

Plan de manejo y Tratamiento

-ALTA A SU DOMICILIO EN AMBULANCIA, ACOMPAÑADO DE 1 FAMILIAR.

-SACAR CITA A LA CONSULTA EXTERNA DE TYO CON DR. PADILLA PARA DENTRO DE 6 SEMANAS (SIENDO TRASLADADO TAMBIEN EN AMBULANCIA), RELIZARSE NUEVAS RX EL DIA DE SU CITA.

-ASEO DIARIO DE LA HERIDA CON AGUA Y JABON.

-NO PONERSE DE PIE NI APOYAR EL PIE IZQUIERDO EN EL SUELO.

-RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS.

-ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE O SALIDA DE PUS POR LA HERIDA.

PRONOSTICO:Malo para la función

FIRMA RESPONSABLE

[Handwritten signature in a box]

G09375 CHAIDEZ CUEN SCARLETTE GLAFIRA - GENERAL

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

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695



[Handwritten signature]

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.

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

- NUEVO INGRESO
- REINGRESO
- RESELLO
- RENOVACION
- PENSION

NIF

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

TEL. 413 3449 EXT.117



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

CREDENCIAL PROVISIONAL

No. 4046502

VALIDA HASTA: 30/ Sept / 2021

NOMBRE: Valeria Hernandez Gilberto
PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

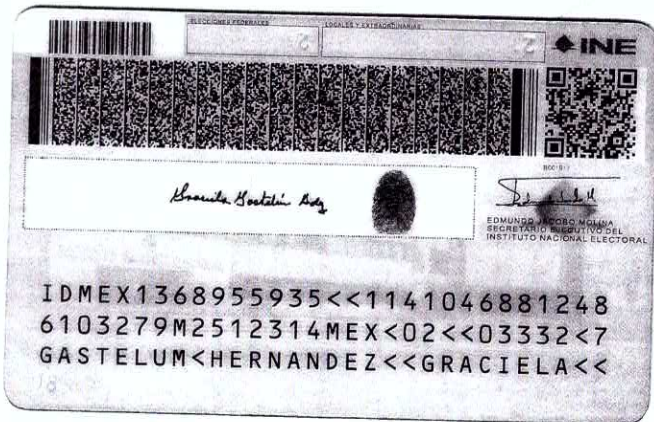
FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE EXPEDICION: 29/07/2021

LOCALIDAD: 180 ORGANISMO: _____



[Handwritten Signature]
 FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA





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

"2021: Año de las trabajadoras y los trabajadores de la salud"
Cd. Obregón, Sonora a 02 de Agosto 2021.

ASUNTO: INFORME DE AVISO DE COMISIÓN.

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: 30/Julio/2021.**

MOTIVO DE LA COMISIÓN:

Traslado a domicilio del paciente **C. GILBERTO VALENZUELA MÉNDEZ**, con número de afiliación **4046502**, presentando un Dx.- FRACTURA PERTROCANTERIANA.

Sin otro particular me despido de Usted.

A T E N T A M E N T E


**C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO
CHOFER
SERVICIOS GENERALES**

