



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

86141

FECHA: 09 DE AGOSTO DEL 2021

DEUDOR: VAZQUEZ SANCHEZ ANGEL DE JESUS

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 DIMICILIO 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.

VAZQUEZ SANCHEZ ANGEL DE JESUS

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ

Ignacio Abouire.





09 08 2021

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. ANGEL VAZQUEZ SANCHEZ AFILIACION: **15789701** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**
UBICACIÓN: **CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS** PUESTO: **CHOFER NIVEL 21**
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 RECORDER 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. ANGEL DE JESUS VAZQUEZ SANCHEZ

FIRMA DE CONFORMIDAD



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

Azucono Ramirez Marquez
JEFE DE VIGENCIAS
HOSPITAL QUE AUTORIZA
ISSSTESON
DE DERECHOS
LABREGON, SONORA


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 AYAGRM98032726H800
CURP AAAR980327HSRYGM02
ESTADO 26 MUNICIPIO 063 SECCION 1140 LOCALIDAD 0001 EMISION 2017 VIGENCIA 2027
FECHA DE NACIMIENTO: 27/03/1998 SEXO: H
ANO DE REGISTRO: 2017 00

 MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

 NOMBRE
AYALA
AGUIRRE
RAMON IGNACIO

FECHA DE NACIMIENTO
27/03/1998

SEXO H



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


CLAVE DE ELECTOR AYAGRM98032726H800

CURP AAAR980327HSRYGM02 AÑO DE REGISTRO 2017 00

ESTADO 26 MUNICIPIO 063 SECCIÓN 1140

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027

R. Ignacio Ayala Aguirre 

INE
SECRETARÍA DE ELECTORAL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

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. ANGEL VAZQUEZ SANCHEZ
CHOFER
SERVICIOS GENERALES**

