



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 2I**  
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

ISSSTESON  
FIRMA DEL ASSESOR  
ACION Y VIGENCIA  
DE DERECHOS  
OBREGON, SONORA

Azucono Ramirez Marquez  
JEFE DE VIGENCIAS  
HOSPITAL QUE AUTORIZA  
ISSSTESON

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 AÑO DE REGISTRO 2017 00  
ESTADO 26 MUNICIPIO 063 SECCION 1140  
LOCALIDAD 0001 EMISION 2017 VIGENCIA 2027

FECHA DE NACIMIENTO  
27/03/1998  
SEXO H

 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* 

*[Signature]*  
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**

