



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

87499

FECHA: 27 DE AGOSTO DEL 2021

DEUDOR: MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 27/08/2021 A 27/08/2021

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 HIPOLITO JUSACAMEA SIARI AF. 1542805 A SU DOMICILIO EN NAVOJOA, SONORA. 24/08/21

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

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

MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

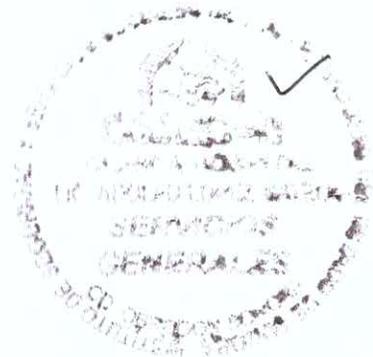
SOLICITÓ

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

VALIDÓ

DR. GARMEN AIDA LAOY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

AUTORIZÓ





AVISO DE COMISIÓN

24/08/21
FECHA

C. Vicente Meléndez Gutiérrez AFILIACION: 15646201 AREA DE ADSCRIPCIÓN: Sec. Generales
UBICACIÓN: H.L.A.L.M. PUESTO: Chofer NIVEL: 2I
ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A:

DURANTE 1 DIA(S), DEL 24 DE Agosto AL 24 DE Agosto DEL 2021.

MOTIVO DE LA COMISION: Traslado de Pac. Jusuarma Sisti Hualita
A.F. 1542305. Alta asu Domicilio a Navajaa Sen.

VEHICULO: 141 PLACAS: _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: Vicente Meléndez Gutiérrez

CON LICENCIA NO L1900RC1124066 CON VENCIMIENTO: 15/02/2023

ANTICIPADOS DEVENGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA 220 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220

Cuota diaria gastos de camino \$ _____ DIAS _____ IMPORTE VIATICOS \$ _____

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. SOLICITUD DE GASOLINA: _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ 220

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 24/08/21 FECHA REGRESO 24/08/21

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: 220 Dcientas Veinte Pesos M.

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

Vicente Meléndez Gutiérrez
FIRMA DE CONFORMIDAD

Maria del Refugio J.

Cd. Obregón, Son., a 24 de Agosto del 2021
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
Oficio no. 046

Chofer: C. Vicente Melendrez
Camillero: C. Angel Vázquez

A través del presente me permito comisionarlo para realizar traslado de alta a domicilio, (el) paciente Hipólito Jusacamea Sari, afiliación 1542805, con diagnóstico SEPTICEMIA NO ESPECIFICADO, hacia la Cd. de NAVOJOA, Son., ALTA A SU DOMICILIO, el día de hoy 24 de Agosto del 2021, en la unidad 141.

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

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente

Dr. René Gonzalo Soto Reyna
Sub Director Médico
"Lic. Adolfo López Mateos"
I.S.S.S.T.E.SON.

DR. RENE SOTO REYNA
G. PROF. 488320
SSA. 61454

CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCION MEDICA
CD. OBREGON SONORA

RGSR/mebe



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

24/08/2021 08:28:55p. m

Hospital Adolfo López Mateos

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

HOSPITALIZACION - AISLADOS

SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 51 Ordinaria Fecha / Hora: 24/08/2021 00:00 **Cama: 24**
Afilación: 1542805 SEXO: M EDAD: 70 FECHA NACIMIENTO: 13/08/1951
Nombre: JUSACAMEA SIARI
Domicilio:
Diagnóstico Actual: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
Organismo:

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR SOLICITADO POR : CONSULTA HOSPITALIZACION
Fecha: 24/08/2021

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: NAVOJOA

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

JUSTIFICACIÓN:

Paciente con limitacion para la movilidad, postracion en cama, el cual requiere ser manejado con cuidados especiales, eso incluye traslado.

Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien lo suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

FIRMA

G09335 RUIZ ENCINAS JAVIER ALFONSO - GENERAL

Ced. Prof.: 12014987 RSSA: TRAMITE Universidad: UNISON



Hospital Adolfo López Mateos

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

HOSPITALIZACION

NOTA DE EGRESO

24/08/2021 03:55:33p. m

Paciente: 1542805 SEXO: M EDAD: 70 FECHA NACIMIENTO: 13/08/1951

Cama: 24

Nombre: JUSACAMEA SIARI HIPOLITO

Diagnóstico de Ingreso:

Actual: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Alta por: Mejoría

Fecha de Ingreso Hospitalario: 17/08/2021 01:50

Fecha de Egreso Hospitalario: 24/08/2021 15:48

Días Internamiento Hospitalario: 7

Diagnósticos de Egreso:

SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

Resumen de Evolución

Cirugías y/o procedimientos realizados

Paciente con mejoría clínica

Se encuentra tolerando vía oral, diuresis presente

Signos vitales estables

Demencia senil como enf crónica

Se decide alta de paciente en ambulancia,

Plan de manejo y Tratamiento

- Dieta papilla

- Levofloxacino 500 mg cada 24 hrs por 7 días

- Paracetamol 500 mg VO cada 8 hrs por 5 días

- Omeprazol 20 mg VO cada 24 hrs por 7 días

- Acudir con su médico familiar para valoración.

- Alta en ambulancia

PRONOSTICO: Ligado a evolución

FIRMA RESPONSABLE

G09335 RUIZ ENCINAS JAVIER ALFONSO - GENERAL

Ced. Prof.: 12014987 RSSA: TRAMITE Universidad: UNISON

INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: **JUSACAMEA VALENCIA**
 MARIA DEL REFUGIO

DOMICILIO: **AV VALLE IMPERIAL 1804 COL MIRAVALLE 88580 NAVOJOA SON.**

FECHA DE EMISION: **2013**

EDAD: **28** SEXO: **M**

ESTADO: **28** MUNICIPIO: **000**

LOCALIDAD: **0000** CATEGORIA: **18/21**

EMISION: **2013** VIGENCIA: **2013**

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

Edmundo Jacobo Molina
 EDMUNDO JACOBO MOLINA
 SECRETARIO EJECUTIVO DEL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

Maria del Refugio J.

ELECCIONES FEDERALES: **18** LOCALES Y EXTRAORDINARIAS: **18 21**

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

AFFILIACION: **1542805** PENSION: **101624**

NOMBRE: **HIPOLITO JUSACAMEA SANCHEZ**

ORGANISMO: **H. AYUNTAMIENTO**

04-ene-2012 04-ene-2012 UN NUEVO SONORA

REGIMEN: **ENS OTROS ORG** PLAZA: **BASE** UN NUEVO SONORA

FECHA DE NACIMIENTO: **04-ago-1951** SEXO: **M** TIPO Y RH: **O+**

ALERGIAS: ENFERMEDADES CRONICAS

FECHA SERVICIO DE MATERNIDAD:

DOMICILIO: **VALLE IMPERIAL #1804**

COLONIA: **MIRAVALLE**

TELEFONO: **(900)8000000**

LOCALIDAD: **NAVOJOA**

Cd. Obregón, Sonora a 27 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: NAVOJOA, SONORA.

DÍA: 24/Agosto/2021

MOTIVO DE LA COMISION:

Traslado de paciente **C. HIPOLITO JUSACAMEA SIARI CON AFILIACION 1542805** de la dependencia de **H. AYUNTAMIENTO**, con diagnóstico de **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**, con motivo de alta a domicilio en Navojoa, Sonora.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

**C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ
CHOFER
SERVICIOS GENERALES**

