



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

78075

FECHA: 05 DE ABRIL DEL 2021

DEUDOR: BARCELO GARCIA RUBEN

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 05/04/2021 A 05/04/2021

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 BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA CON AFILIACION 2315701 PARA ESTUDIO EN CLINICA SAN JOSE DE HERMOSILLO, SON EL DIA 06 DE ABRIL DEL 2021

SUBTOTAL \$700.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$700.00

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

BARCELO GARCIA RUBEN

SOLICITÓ

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

VALIDÓ

LIC. CARMEN AIDA LACY VALENZUELA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

HOSPITAL "ADOLFO LÓPEZ MATEOS"
HERMOSILLO SON.

AUTORIZÓ



HERMOSILLO SONORA SA DE CV
CALLE 1000 CD 83148
HERMOSILLO SONORA TEL (662) 109 05 00
ADMISION Y CAJA

HERMOSILLO EJECUTIVO: *[Signature]*

06/ABRIL/2021





AVISO DE COMISIÓN

C. **RUBEN BARCELO GARCIA** AFILIACION **6578601** AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**

UBICACIÓN **HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS** PUESTO **CAMILLERO** NIVEL **4B**

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: **HERMOSILLO, SONORA.**

DURANTE **1** DIA(S), DEL **06** DE **ABRIL** AL **06** DE **ABRIL** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **TRASLADO DEL PACIENTE BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA, AFILIACION 2315701, A LA CLINICA SAN JOSE EN HERMOSILLO PARA QUE LE REALICEN UN ESTUDIO DE CPRE.**

VEHICULO **AMBULANCIA 141** PLACAS _____ DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA C. **JOSE ALFREDO PALOMARES**

CON LICENCIA No. _____ CON VENCIMIENTO

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 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: \$ **700.00**

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: **\$700.00 (SON: SETECIENTOS PESOS 00/100 M N)**

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: **21131061103 37501**

Arq. Jesús Rodolfo Aguilar Rivera
Jefe Depto. Servicios Generales

Lic. Carmen Aida Lacy Valenzuela
Subdirector Administrativo

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. **RUBEN BARCELO GARCIA**

FIRMA DE CONFORMIDAD



Cd. Obregón, Son., a 05 de Abril del 2021
Hospital "Lic. Adolfo López Mateos"
Oficio no. 030

Camillero: C. Rubén Barceló García



A través del presente me permito comisionarlo para realizar traslado del (la) paciente Balvanedo Ramírez Valenzuela, afiliación 2315701, con diagnóstico de Colectectomía, hacia la Clínica San José en Hermosillo, Sonora, el día de hoy 05 de Abril del año en curso, con motivo de realizarle estudio de CPRE de urgencia. 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.

A t e n t a m e n t e

Dr. Plutarco A. Valdez Romero
Sub Director Médico
"Lic. Adolfo López Mateos"
I.S.S.S.T.E.SON.





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

12/08/2021 01:38:01p. m

Hospital Adolfo López Mateos

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

HOSPITALIZACION - AISLADOS

SOLICITUD DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS SUBROGADOS

* *

Folio: 211	ORDINARIA	Fecha / Hora:	05/04/2021 19:17	Cama: 20
Afiliación:	2315701			
Nombre:	RAMIREZ VALENZUELA BALVANEDO			
Domicilio:	PERIFERICO S/N/S/DS/D Colonia LAS MALVINAS			
Diagnóstico Actual:	COLECISTITIS CRONICA			
Organismo:	MAGISTERIO			

Descripción:
ENDOSCOPIA ALTA

Indicación:
COLANGIORESONANCIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

FIRMA

X9973 LANDAVAZO HERNANDEZ ISAIAS BALTAZAR - GENERAL

Ced. Prof.: 5359286 RSSA: 727408 Universidad: ND

05 ABR 2021

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695



TEL. 413 7449 EXT.117

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

CREDENCIAL PROVISIONAL

No. 023157-01

VALIDA HASTA:

10/ June/ 2021

NOMBRE: Ramirez Valenzuela Balvared
PATERNO MATERINO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE EXPEDICION: 05/04/2021

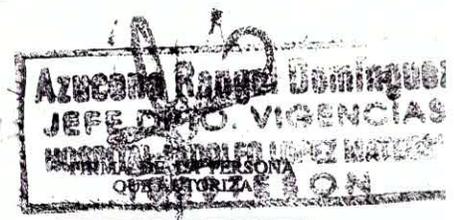
LOCALIDAD: 180 ORGANISMO: 02

- 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.

FIRMA DEL ASEGURADO
CD. [Signature], SONORA



CD. OBREGÓN, SONORA. A 07 DE ABRIL DEL 2021

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES
CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

Asunto: informe de checada de regreso por comisión

Por medio de la presente, informo a usted, que llegué de regreso a ésta unidad hospitalaria I.S.S.S.T.E.SON., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 06 de Abril , de paciente **C. BALVANEDO RAMIREZ VALENZUELA CON AFILIACION 2315701** con diagnóstico de COLECISTECTOMIA para ESTUDIO DE CEPRE en CLINICA SAN JOSE en Hermosillo, Sonora.

Cabe mencionar que dicho traslado fue autorizado el DR. PLUTARCO VALDEZ ROMERO, SUB DIRECTOR MEDICO DE TURNO MATUTINO, partiendo a las 07:00 hrs. y llegando a las 14:00 hrs. Del mismo día.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

C. RUBEN BARCELO GARCIA
CAMILLERO



VO.BO.

ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES