



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

SOLICITUD VIÁTICOS:

80838

FECHA: 14 DE MAYO DEL 2021

DEUDOR: PALOMARES CASTRO JOSE ALFREDO

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 14/05/2021 A 14/05/2021

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 MARIO HURTADO OCHOA CON AFILIACION 5643902 A ESTUDIO A HOSPITAL CHAVEZ EN HERMOSILLO, SON EL DIA 14 DE MAYO DEL 2021

SUBTOTAL \$700.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$700.00

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

PALOMARES CASTRO JOSE ALFREDO

SOLICITÓ

VALIDÓ

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

AUTORIZÓ





14	05	21
----	----	----

AVISO DE COMISIÓN

C. **JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO** AFILIACION _____ AREA DE ADSCRIPCIÓN: **SERVICIOS GENERALES**

UBICACIÓN **HOSPITAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS** PUESTO **CHOFER** NIVEL **5I**

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

DURANTE **1** DIA(S), DEL **14** DE **MAYO** AL **14** DE **MAYO** DE **2021**

MOTIVO DE LA COMISION: **TRASLADO DEL PACIENTE MARIO HURTADO OCHOA, AFILIACION 5643902, PARA ESTUDIO EN HOSPITAL IGNACIO CHAVEZ EN HERMOSILLO.**

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

EL VEHICULO LO CONDUCE C. **JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO**

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

JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO

FIRMA DE CONFORMIDAD



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

“2021: AÑO DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADOR DE SALUD”

Cd. Obregón, Sonora a 14 de Mayo del 2021

COMISION DE TRASLADO DE SERVICIOS GENERALES 0184/2021

**C. JOSE ALFREDO PALOMARES CASTRO
CHOFER**

P R E S E N T E.-

A través de la presente, me permito comisionarle a traslado de paciente **C. MARIO HURTADO OCHOA CON AFILIACION 5643902** a consulta en HOSPITAL DR. IGNACIO CHAVEZ de Hermosillo, Sonora, el día 14 de Mayo del presente año, a realizarse en la ambulancia 141 .

Así mismo, solicito a usted se sirva a presentar a su regreso, un informe detallado de su comisión a más tardar dos días después del término de su comisión.

Muchas gracias por su colaboración.

ATENTAMENTE

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

C.C.P. SERVICIOS GENERALES/JGNE*



Gobierno del
Estado de Sonora

Unidos logramos más



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

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

HOSPITALIZACION - URGENCIAS CAMILLAS

PÁGINA: 1

HORA: 10:26 pm

12 / May / 2021

FOLIO: 246094

AFILIACION: 5643902 SEXO: M EDAD: 56 FECHA NACIMIENTO: 22/08/1964
NOMBRE: HURTADO OCHOA MARIO
DIAGNÓSTICO: (CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO) (DIABETES MELLITUS ASOCIADA CON DESNUTRICION, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICAD)

C-12

SOLICITUD: ORDINARIA SOLICITADO POR: HOSPITALIZACION URGENCIAS CAMILLAS

ESTUDIOS

1 T.A.C. ARTICULACIONES

ANGIOTAC DE MIMEMBRO PELVICO DERECHO MIL GRACIAS

ACUDIR A RAYOS 'X PARA PROGRAMAR SU ESTUDIO USO EXCLUSIVO DE RAYOS 'X

HORA DE CITA _____ Hrs., DEL DIA _____ DEL MES _____ DEL _____.

PRESENTARSE 15 MINUTOS ANTES DE SU CITA, DE LO CONTRARIO SERÁ CANCELADA.

G09056 Dr. ABRAHAM PRECIADO CARRIEDO - Médico General
CProf. 8128420 RSSA 9186/13 ND

Urgencias, Hospital Adolfo López Mateos, CIUDAD OBREGÓN, SONORA

MARIO HURTADO LOPEZ
AF 5643902

VIGENTE
05 AGO 2020
Al 01/Junio/2021

DEPARTAMENTO DE AFILIACION
Y VIGENCIA DE DERECHOS
NAVOJOA, SONORA

Roxana C.M

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
MONTES
BARRERAS
SONIA HAYDEE

DOMICILIO
C. JUAREZ 403
LOC. SAN IGNACIO COHUIRIMPO 85225
NAVOJOA, SON.

FECHA DE NACIMIENTO
16/02/1969
SEXO: M

CLAVE DE ELECTOR MNBRN69021626M800

CURP MOBS690216MSRNRN08 AÑO DE REGISTRO 1993 02

ESTADO	26	MUNICIPIO	065	SECCION	1290
LOCALIDAD	0285	EMISION	2017	VIGENCIA	2027



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

CONTROL DE TRASLADOS

FECHA: 13/05/21

FOLIO: 05

NOMBRE DE PACIENTE: Mano Hurtado Ochoa
AFILIACION: 5643902 DEPENDENCIA: 03
CHOFER: Arredo CAMILLERO: Ruben
HORA DE SALIDA: 7:30 HORA DE LLEGADA: 14:00
UNIDAD DE TRANSPORTE 141 DESTINO: Hilo Estudio Angotac H/05/21

AUTORIZACION DE LA SUBDIRECCION MÉDICA:

FIRMA

DR. PLUTARCO A. VALDEZ ROMERO
Z-9695



SELLO
CLINICA HOSPITAL
SUBDIRECCION MÉDICA
REGIÓN SON

FIRMA Y/O SELLO DEL LUGAR DE DESTINO:

FIRMA DE PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE:

CD. OBREGÓN, SONORA. A 17 DE MAYO 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.T.E.SON., en buenas condiciones, del traslado al que fui comisionado el día 14 de Mayo, de paciente **C. MARIO HURTADO OCHOA CON AFILIACION 5643902** con diagnóstico de CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO a HOSPITAL CHAVEZ en Hermosillo, Sonora.

Cabe mencionar que dicho traslado fue indicado y autorizado por el DR. PLUTARCO VALDEZ ROMERO SUB DIRECTOR MEDICO DEL TURNO MATUTINO partiendo a las 7:30 hrs. y llegando a las 14:00 hrs. Del mismo día.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

ATENTAMENTE

**C. ALFREDO PALOMARES CASTRO
CHOFER**

VO.BO.

**ARQ. JESUS RODOLFO AGUILAR RIVERA
JEFE DE SERVICIOS GENERALES**