



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

BLVD. HIDALGO NO. 15 COL. CENTRO, HERMOSILLO, SONORA  
R.F.C. : ISS630101488

ORDEN DE PAGO

Clave: 130192

Pago a:

Tipo: Anticipo

Fecha 26/04/2023

Proveedor: 000517 MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

U. Resp.: 95 HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

| CVE. OPE | CLAVE | CONCEPTO                  | DESCRIPCIÓN | FAC./UID | CANT. | P. UNITARIO | % IVA | T. IVA | RETENCIÓN | TOTAL  |
|----------|-------|---------------------------|-------------|----------|-------|-------------|-------|--------|-----------|--------|
| 133936   | 6182  | VIATICOS 2020 EN ADELANTE |             |          | 1     |             | 0 %   | 0.00   | 0.00      | 220.00 |

SOLICITUD DE VIATICOS 133936

37501 VIATICOS EN EL PAIS

TRASLADO DE PACIENTE C. WALDINA IBARRA SARABIA AF. 4284905 EL DIA 14 DE ABRIL DEL 2023, A CLINICA SAN JOSE, NAVOJOA, SONORA SEGUN SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORANEO No. 1421

CONTRA RECIBO 68671.

CLINICA HOSPITAL LIC. ADOLFÒ LOPEZ MATEOS

  
LIC. ROBERTO DE JESÚS TOPEPE MARTINEZ  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
HOSPITAL "ADOLFO LOPEZ MATEOS"  
ISSSTESON

|                                  |            |        |
|----------------------------------|------------|--------|
| OBSERVACIONES:                   | Subtotal:  | 220.00 |
|                                  | Retención: | 0.00   |
|                                  | IVA:       | 0.00   |
|                                  | Total:     | 220.00 |
| L.C. JOSÉ ALFREDO RAMÍREZ FONTES |            |        |
| AUTORIZO                         |            |        |

CD. OBREGÓN, SONORA. A 14 DE ABRIL DEL 2023.

**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: 14 DE ABRIL DEL 2023**

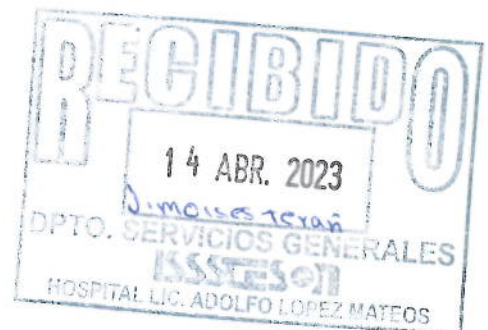
**MOTIVO DE LA COMISION:**

Traslado de paciente C. IBARRA SARABIA con Afiliación 4284905, con diagnóstico SEPTICEMIA, Según solicitud de Traslado Local y Foráneo con folio 1421, para estudio de tac simple y contrastada en Clínica San José en Navojoa, Sonora.

Sin otro particular de momento, me despido de usted.

**ATENTAMENTE**

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





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

0 P 130192

SOLICITUD VIÁTICOS:

133936

FECHA: 14 DE ABRIL DEL 2023

DEUDOR: MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

R.F.C.

TEL:

PERIODO: 14/04/2023 A 14/04/2023

DEPENDENCIA HOSPITAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

VIÁTICO: NAVOJOA

NO. DÍAS: 1

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

| CANT. | DESCRIPCIÓN               | PRECIO UNITARIO | IMPORTE  |
|-------|---------------------------|-----------------|----------|
| 1     | VIATICOS 2020 EN ADELANTE | \$220.00        | \$220.00 |

OBSERVACIÓN:

37501/TRASLADO DE PACIENTE IBARRA SARABIA AFILIACION 4284905 PARA ESTUDIO DE TAC SIMPLE Y CONTRASTADA EN LA CLINICA SAN JOSE DE NAVOJOA SONORA CON SOLICITUD DE TRASLADO 1421

SUBTOTAL \$220.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$220.00

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

MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

SOLICITÓ

ARG. JESÚS RODOLFO AGUILAR RIVERA

JEFE DE SERVICIOS GENERALES

VALIDA

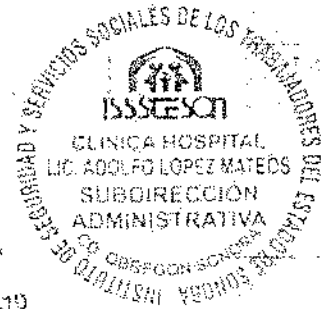
LIC. ROBERTO DE JESUS TOPETE MARTINEZ

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

AUTORIZA

RADIOLOGÍA SAN JOSE

CENTRO DE DIAGNOSTICO DEL MAYO S.C.
Calle José Craveiro 4to. Est. 302 Int. B
C.P. 85879
C.R. 018-070615-UK2
Tel. 807 427 1076 Ext. 1137124
Servicio las 24 horas

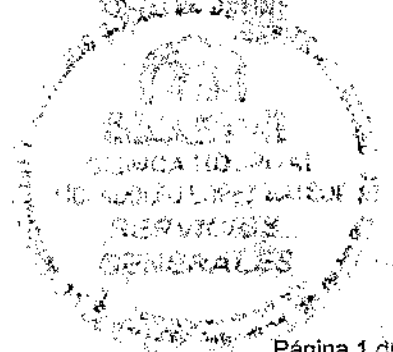


RECIBIDO 7:25 19 ABR. 2023

ISSSTESON SUBDIRECCION ADMVA. CIUDAD OBREGON, SONORA

RECIBIDO C.R. 08091 20 ABR. 2023

CONTABILIDAD Hosp. Lic. Adolfo López Mateos





14 ABRIL 2023

AVISO DE COMISIÓN

FECHA

C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ AFILIACION: 15646201 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 A NAVOJOA, SON.

DURANTE 1 DIA(S), DEL 14 DE ABRIL AL 14 DE ABRIL DEL 2023.

MOTIVO DE LA COMISION: TRASLADO DE PACIENTE C. IBARRA SARABIA AFILIACION 4284905 A TAC DE TORAX

SIMPLE Y CONTRASTADA EN LA CLINICA SAN JOSE EN NAVOJOA SON. CON SOLICITUD DE TRASLADO 1421.

VEHICULO: AMBULANCIA 78 PLACAS: VC-48-165 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN

EL VEHICULO LO CONDUCIRA: C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ

CON LICENCIA NO: L1930RC1138091 CON VENCIMIENTO: 26/03/2027

ANTICIPADOS [ ] DEVENGADOS [ ] COMPROBABLES [ ] NO COMPROBABLES [ ]

CUOTA DIARIA \$ DÍAS IMPORTE VIATICOS \$

Cuota diaria gastos de camino \$ 220 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$ 220

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

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

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: X COSTO UNITARIO \$ IMPORTE TOTAL \$

C. PASAJES:

TÉRRESTRES: IMPORTE TOTAL \$

ÁREAS: ITINERARIO

FECHA DE SALIDA FECHA REGRESO

IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$220.00 ( SON: DOCIENTOS VEINTE PESOS 00/100M N )

CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 21131061103 37501

Signature of Dr. Oliver Wilson Araujo
Dr. Oliver Wilson Araujo
Subdirector Médico Turno Vespertino
C.H.A.L.M

Signature of Lic. Roberto de Jesús Topete Martínez
Lic. Roberto de Jesús Topete Martínez
Encargado de Subdirección Administrativa
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.

RECIBIDO
20 ABR. 2023
CONTABILIDAD
Hosp. Lic. Adolfo López Mateos

Signature of C. Vicente Melendrez Gutierrez
C. VICENTE MELENDREZ GUTIERREZ
FIRMA DE CONFORMIDAD

Signature of Radiología
RADIOLOGÍA
SAN JOSÉ
CLÍNICA HOSPITAL DEL MAYO S.C.
Calle 101 No. 303 Int. 8
Ciudad de México P. 850
Tel. 542 425 1024 ext. 119-114



### Hospital Adolfo López Mateos

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

HOSPITALIZACIÓN - CIRUGIA

## SOLICITUD DE TRASLADO LOCAL Y FORA

Folio: 1421      Ordinaria      Fecha / Hora: 14/04/2023 00:00      Cama: 17

Afiliación: 4284905      SEXO: F      EDAD: 85      FECHA NACIMIENTO: 03/04/1938

Nombre: IBARRA      SARABIA

Domicilio:

Diagnóstico Actual: SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Organismo:

TIPO DE DERECHOHABIENTE: TRABAJADOR      SOLICITADO POR: CONSULTA HOSPITALIZACION

Fecha: 14/04/2023

UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA: CLINICA SAN JOSE DE NAVOJOA

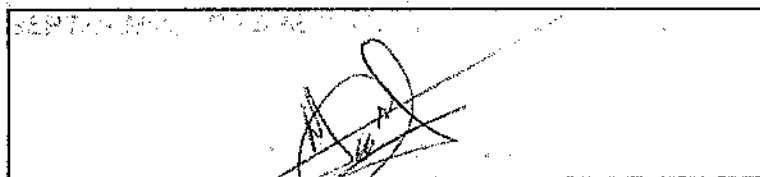
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

#### JUSTIFICACIÓN:

SE TRATA DE MARIA DE 84 QUE CURSA CON SUS 2DO DIA DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIO CON DIAGNOSTICO DE TUMOR TORACICO, INGRESADA HACE 48 HORAS, SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADA EN HOSPITAL CLINICA SAN JOSE DE NAVOJOA

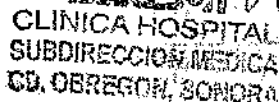
Este documento es de carácter oficial, por lo que su falsificación o mal uso constituye un delito penal y será responsabilidad de quien o suscriba de acuerdo a las sanciones penales y responsabilidades administrativas de los servidores públicos para el Estado de Sonora.

#### FIRMA



E09598 MIZQUIZ RIOS MAURO - MEDICINA FAMILIAR

Ced. Prof.: 12459305      RSSA: 10897-17      Universidad: UAS



ISSSTESON  
CLINICA HOSPITAL  
SUBDIRECCION MEDICA  
CD. OBREGON, SONORA



**RECIBIDO**  
20 ABR. 2023

CONTABILIDAD  
Hosp. Lic. Adolfo López Mateos

0013662

28/04/2023

Fecha

MELENDREZ GUTIERREZ VICENTE

\$ 880.00

Expedido a:

(Ochocientos Ochenta Pesos 00/100 M.N.)

COPIA SIN VALOR

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten initials]*

CONCEPTO DEL PAGO

ANTICIPO A DEUDORES

OLICITUD DE TRASLADO 133343

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

*[Handwritten signature]* 28/04/2023

7501 VIATICOS EN EL PAIS

| CUENTA             | NOMBRE                          | CARGOS | ABONOS |
|--------------------|---------------------------------|--------|--------|
| 1-1-2-3-1-000-0000 | DEUDORES POR GASTOS A COMPROBAR | 880.00 | 0.00   |
| 1-1-1-3-1-005-0000 | CUENTA 65500581772 HALM         | 0.00   | 880.00 |

POLIZA No.

HECHA POR:

REMITIDA POR:

AUTORIZADA POR:

DIARIO

\$880.00

\$880.00

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

SUMAS IGUALES

00000000