

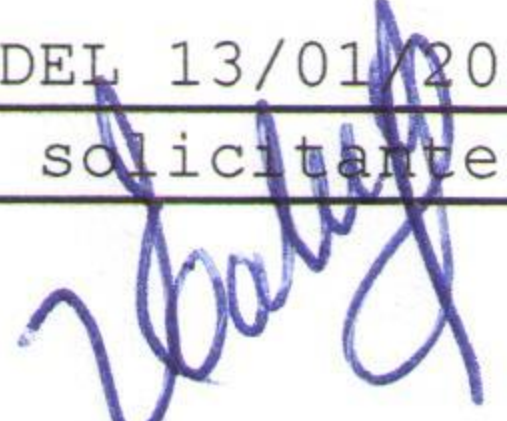
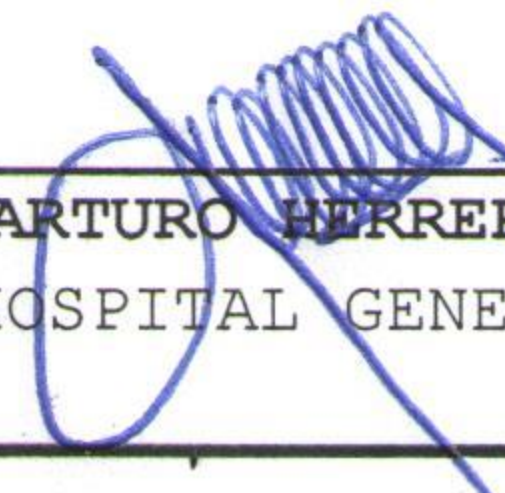
PLIEGO DE COMISIÓN

Nombre del Comisionado: C. JORGE MORALES ONTIVEROS Oficio número:
 RFC: MOOJ731210IQ6
 Centro de costo: HOSPITAL GENERAL PARRAL
 Denominación del Cargo: CHOFER -- 0028
 Clave o Nivel del Puesto I0024161103 M030230800423040129
 Denominación del Puesto: APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD- A03
 Adscripción: SERVICIOS GENERALES

Motivo de la comisión: TRASLADO DEL PX. IRVIN DANIEL ACOSTA FLORES AL HOSPITAL GENERAL DE CHIHUAHUA

Lugar de la comisión: CHIHUAHUA, CHIH.


Período: DEL 13/01/2019 AL 13/01/2019

Funcionario solicitante:	Funcionario que autoriza
 M.E. VERONICA CABRAL OJEDA SUPERVISOR EN TURNO	 DR. FERNANDO ARTURO HERRERA RAMIREZ DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL PARRAL

SE AUTORIZAN

Concepto del gasto	Índice	Cuota diaria	Días	Importe
37504 Viáticos		450.00	1	450.00
		Litros	Precio por litro	Importe
26102 Combustible				-
39202 Casetas				-
		AEROLÍNEA		
37201 Pasajes terrestres				-
37104 Pasajes aéreos				
Total				450.00

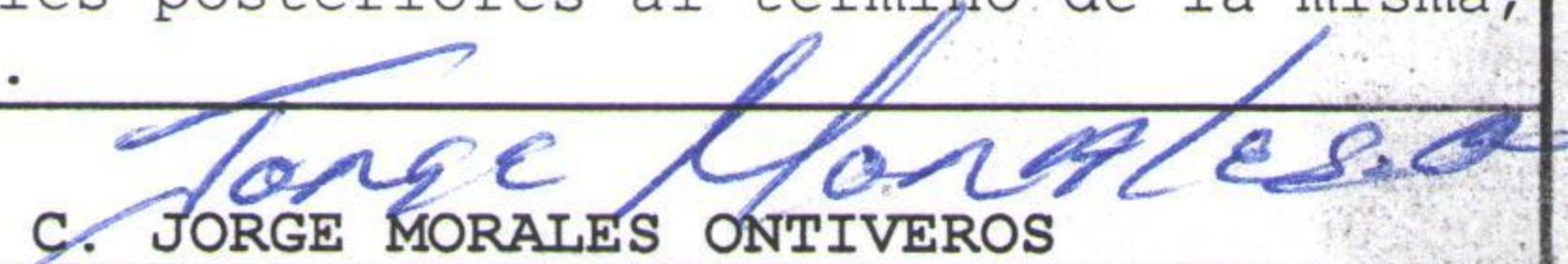
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:		Subdirección/Dirección	
Departamento:		Programa:	
Centro de costo:	Autorización Presupuestal	EJERCIDO	SALDO
	 C. CARMEN MARGARITA CANO VILLEGAS ADMINISTRADORA HOSPITAL GENERAL PARRAL		

VALE A FAVOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE CHIHUAHUA

Recibí la cantidad de:

Correspondiente al pago de viáticos, peaje y combustible, para el desempeño de esta comisión, mismos que serán comprobados en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles posteriores al término de la misma, caso contrario autorizó para que me sean descontados vía nómina.

Firma del Empleado Comisionado

C. JORGE MORALES ONTIVEROS

Nota: No se admitirán tachaduras ni enmendaduras, la comprobación se deberá de efectuar en un plazo no mayor a 5 días hábiles al término de su comisión, caso contrario se descontará vía nómina



SECRETARÍA DE SALUD

Servicios de Salud de Chihuahua
Dirección Administrativa
Subdirección de Programación y Presupuesto

INFORME DE COMISIÓN:

TRASLADO DEL PX. IRVIN DANIEL ACOSTA FLORES AL HOSPITAL GENERAL DE CHIHUAHUA

PERSONAS CON LAS QUE DESARROLLÓ SU COMISIÓN:

LOGROS OBTENIDOS U OBJETIVOS CUMPLIDOS DURANTE LA COMISIÓN:

CERTIFICACIÓN DE PERMANENCIA

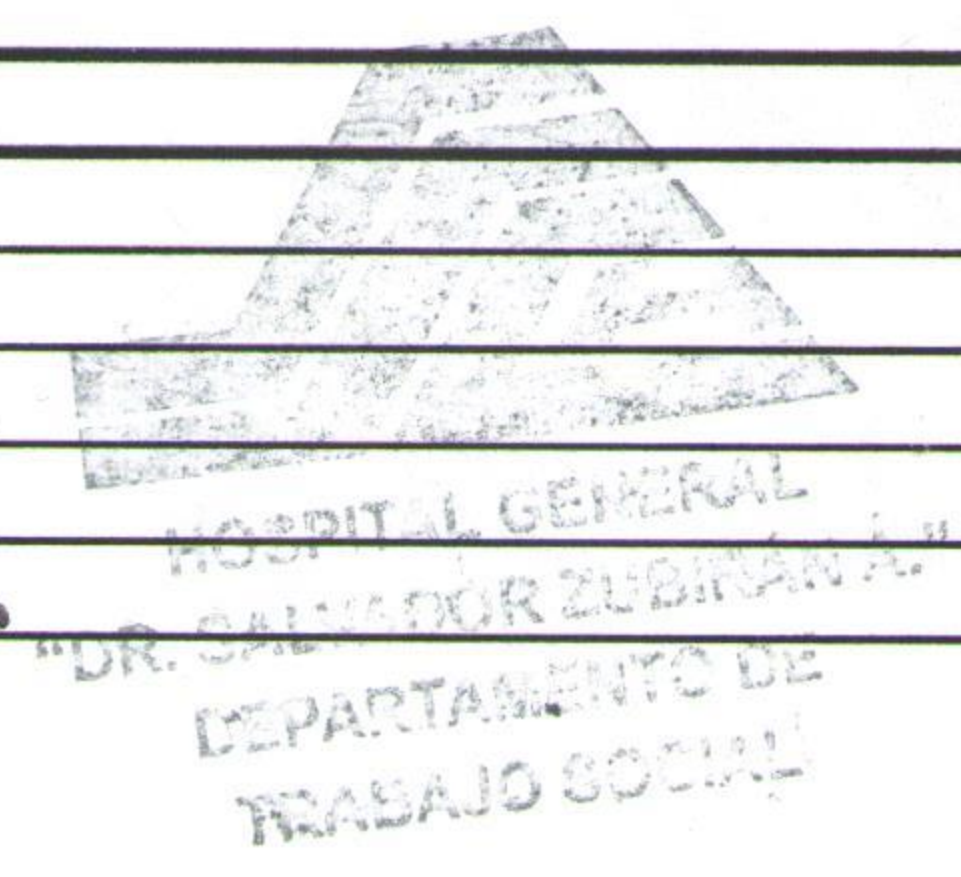
Fecha:
Hora de llegada:
Hora de salida:
Nombre:
Firma:



CENTRO ESTATAL
DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
CHIHUAHUA, CHIH.

DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

[Handwritten signature]



Sello: *Dr Ponce Riu Daniel Ponce*

Elaboró:

[Handwritten signature]
C. JORGE MORALES ONTIVEROS
Nombre y firma

Declaro bajo protesta de decir verdad, que fui enterado del objeto y alcance de la comisión que desempeñé; que los datos contenidos en este formato son ciertos y que estoy enterado de las sanciones a que me puedo hacer acreedor tanto por el incumplimiento de la comisión como por la falsedad de los datos asentados.

Calle Tercera #604 Col. Centro
C.P. 31000 Chihuahua, Chih.
Tel (614) 439-99-00 Ext. 21542
SPP-00005/00



COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS				
FECHA	CONCEPTO	NO. FACTURA	IMPORTE	TOTAL
TOTAL DOCUMENTOS			\$	-
TOTAL VIÁTICOS			\$	450.00
TOTAL REINTEGRO				

COMPROBACIÓN

Elaboró:

Jorge Morales

C. JORGE MORALES ONTIVEROS

Revisó:	Autorizó:
<i>C.M.</i>	<i>[Signature]</i>
C. CARMEN MARGARITA CANO VILLEGAS ADMINISTRADORA HOSPITAL GENERAL PARRAL	DR. FERNANDO ARTURO HERRERA RAMIREZ DIRECTOR HOSPITAL GENERAL PARRAL

RECIBO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Recibí la cantidad de: [REDACTED]

Por concepto de saldo a mi favor, como resultado de la liquidación por comprobación de la comisión efectuada.

Firma del Empleado Comisionado: *Jorge Morales*

RECIBO AL COMISIONADO

Recibí la cantidad de: [REDACTED]

Por concepto de gastos no efectuados.

Nombre y Firma de la Cajera: _____

Revisó:

Departamento de Control del Presupuesto

Nombre y firma _____



Chihuahua
Gobierno del Estado
Secretaría de Salud

SECRETARIA DE FOMENTO SOCIAL
SISTEMA ESTATAL DE SALUD

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

HOSPITAL GENERAL PARRAL



Nº 20093

Población Abierta Seguro Popular Urgente: SI NO

Folio 0809358990-3

CURP A0F1031110HCHCLRA3

I NOMBRE DEL PACIENTE FECHA DE REFERENCIA: Día: Mes: Año:

Apellido Paterno ACOSTA Apellido Materno FIONES Nombre (s) IRUING DANIEL

DOMICILIO DEL PACIENTE

Calle y Numero: C. Castaño N° 17 Col. Suarez

Colonia: C.P. [] [] [] [] [] []

EDAD: 15 Años SEXO H M

MOTIVO DE ENVIO: CONSULTA PARA DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO AUXILIAR DIAGNOSTICO TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

DIAGNOSTICO DE ENVIO: ICE SEVERO + FRACTURA CARA TIPO LEFORT II

SERVICIO O ESPECIALIDAD REQUERIDA: UCI + CX WAXILOFACIAL

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: HOSPITAL GENERAL SALVADOR ZUBIRAN

II RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO (MOTIVO DE LA REFERENCIA) CAT. 02 98%

T.A 120/60	TEMP. 36	F.R 18	F.C 130	PESO	TALLA
------------	----------	--------	---------	------	-------

Masculino 15 años de edad. Quien sufre accidente en moto tipo volcadura con traumatismo craneocefalico severo, contusion region media de cara primera atencion en IMSS iniciando con manejo avanzado de via aerea; actualmente en sedacion con midazolam rass-5, pupilas isocoricas 2mm edema palpebral importante, deformidad region media de cara, hemodinamia estable TAC craneo con fractura huesos nariz y senos etmoidales, hemoseno bilateral sin fractura de bodega ni mandibula. NO DATOS DE HEMORRAGIA O ISQUEMIA INTRACRANEO. NO FX CRANEO NI COLUMNA CERVICAL, TORSO Y ABDOMEN SIN LESIONES

IX TRAUMATISMO CRANEOCEFALICO SEVERO + FRACTURA CARA TIPO LEFORT II

SE COLUWICO DURANTE TURNO NOCTURNO. - WIXTA 1000 + Zapamil + opncel 1/8HS

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: MIDAZOLAM 100/100 SAF 0.97/2500/h
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE: BORLENORFAMA Zap. 10000 SAF 100/h

Daniel Paredes



KM

13-01-19

Traslado de Px #763

IVUM Punrei

Acosta Flores

al Hospital General

Le Chich

46

324688

3205134

Operador

Nubia Herrera

Salida 12:10