



COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
 CALLE MINA No. 1000 ESQ. CALLE 10-A CHIHUAHUA, CHIH. C.P. 31000
 TEL Y FAX 614-201-2990 AL 95
 R.F.C. CED-920927-MP5
 CLABE: 002150093435132136

4N4413510

No. 0001091

FECHA

Noviembre 13, 2009

COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

PAGUESE POR ESTE CHEQUE A

Instituto Chihuahuense de Salud

—(SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS 00/100)—

\$ 725.00

MONEDA NACIONAL



Banamex

Banco Nacional de México, SA
 Integrante del Grupo Financiero Banamex

SUC. SANTO NIÑO 0934

NUM. CTA. 351321-3

FIRMAS AUTORIZADAS

[Handwritten signature]

863105115000240934351321360001091

No. 0001091

Instituto Chihuahuense de Salud

CONCEPTO DEL PAGO

F/26731,26699 Servicio medicos empleados Chihuahua

CUENTA	SUB-CUENTA	NOMBRE	PARCIAL	DEBE	HABER
101-002-008-00		Banamex 3513213 Ppal			
201-005-000-00		Reserva Serv. Med. ICHISAL (Ret)		725.00	725.00
			SUMAS	725.00	725.00

RECIBI CHEQUE <i>[Signature]</i> FIRMA DEL COBRADOR	HECHA POR: D.T. <i>[Signature]</i>	REVISADA POR: P.C.R. 13-Nov-09	AUTORIZADA POR: J.L.A.G.	POLIZA No. 1091
---	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------

1015-1100/04



Secretaría de Fomento Social

Instituto Chihuahuense de Salud

Hospital de Gineco-Obstetricia de Parral

AV. INDEPENDENCIA No. 291 TEL. (627) 523-93-19 CD. PARRAL, CHIH.



FACTURA

CP N° 26731

CLAVE ()

R.F.C. ICS - 870825 - 6C8

NOMBRE COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

CODIGO _____

HOSPITALIZACION
 CONSULTA EXTERNA

DOMICILIO DECIMA Y MINA #1000

TEL. _____

CIUDAD CHIHUAHUA, CHIH.

R.F.C. CED_920927-MP5

FECHA DE ADMISION 19-10-09

FECHA DE SALIDA 25-10-09

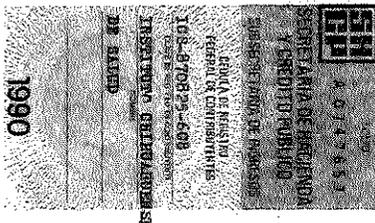
No. DE CAMA _____

No. DE CUARTO _____

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IMPORTE
		SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO A SUS DERECHOHABIENTES:	175.00
<div style="text-align: center;">   </div>			
SUBTOTAL			175.00
			-0-
			-0-
TOTAL			\$175.00

CANTIDAD CON LETRA

SON: (CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)



IMPRESORA FRONTERIZA DEL NORTE, S. DE R.L. R.F.C: IFN-030107-BU9. RICARDO DE LA TORRE.
 BOSQUE DE YURIRIA # 1819. COL. SICOMOROS. TELS. 415-24-12 Y 410-33-38. CD. CHIHUAHUA, CHIH.
 FECHA DE INCLUSION DE LA AUTORIZACION EN LA PAGINA DE INTERNET DEL SAT 15 DE JULIO DEL 2003.
 LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS
 TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES. PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION. EFECTOS FISCALES AL PAGO.
 NUMERO DE APROBACION DEL SISTEMA DE CONTROL DE IMPRESORES AUTORIZADOS: 17098412
 FECHA DE IMPRESION: 7 DE JULIO DEL 2009 VIGENCIA 7 DE JULIO DEL 2011
 TIRAJE: 2000 FACTURAS. FOLIO: CP 26250 AL CP 28250 LUGAR DE EXPEDICION: CD. CHIHUAHUA, CHIH.

ORIGINAL - CLIENTE

AMARILLA - CAJA

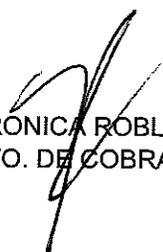
ROSA - CONTABILIDAD

**RELACION DE COBRANZA A COMISION ESTATAL DE DERECHOS
HUMANOS
SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO DEL 19 AL 25 DE OCTUBRE DEL 2009**

NOMBRE DEL PACIENTE	No.AFILIACION	SERVICIO	COSTO
THELMA ALVIDREZ ALVIDREZ	11309/02	MED. GENERAL	\$ 175.00
		TOTAL	\$ 175.00



Hospital de Gineco-Obstetricia
de Parral



VERONICA ROBLES SANCHEZ
DPTO. DE COBRANZA



CHIHUAHUA
Gobierno del Estado

**Secretaría de Fomento Social
Instituto Chihuahuense de Salud**

Hospital de Gineco-Obstetricia de Parral
AV. INDEPENDENCIA No. 291 TEL. (627) 523-93-19 CD. PARRAL, CHIH.



ICHS-1364/09

FACTURA
CP N° 26699

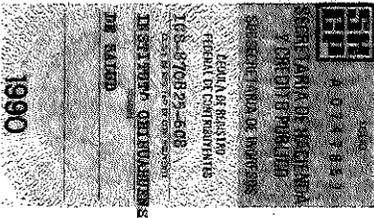
R.F.C. ICS - 870825 - 6C8

CLAVE ()

NOMBRE COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS CODIGO _____ HOSPITALIZACION
 CONSULTA EXTERNA
 DOMICILIO DECIMA Y MINA #1000 TEL. _____
 CIUDAD CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CED-920927-MP5
 FECHA DE ADMISION 12-10-09 FECHA DE SALIDA 18-10-09 No. DE CAMA _____ No. DE CUARTO _____

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	IMPORTE
		SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO A SUS DERECHOHABIENTES :	550.00
 			
SUBTOTAL			550.00
-			-0-
-			-0-
TOTAL			\$550.00

CANTIDAD CON LETRA
SON: (QUINIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)



IMPRESORA FRONTERIZA DEL NORTE, S. DE R.L. R.F.C: IFN-030107-8U9. RICARDO DE LA TORRE.
 BOSQUE DE YURIRIA # 1819. COL SICOMOROS. TELS. 415-24-12 Y 410-33-38. CD. CHIHUAHUA, CHIH.
 FECHA DE INCLUSION DE LA AUTORIZACION EN LA PAGINA DE INTERNET DEL SAT 15 DE JULIO DEL 2003.
 LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS
 TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES. PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION. EFECTOS FISCALES AL PAGO.
 NUMERO DE APROBACION DEL SISTEMA DE CONTROL DE IMPRESORES AUTORIZADOS: 17098412
 FECHA DE IMPRESION: 7 DE JULIO DEL 2009 VIGENCIA 7 DE JULIO DEL 2011
 TIRAJE: 2000 FACTURAS. FOLIO: CP 26250 AL CP 28250 LUGAR DE EXPEDICION: CD. CHIHUAHUA, CHIH.

ORIGINAL - CLIENTE

AMARILLA - CAJA

ROSA - CONTABILIDAD

**RELACION DE COBRANZA A COMISION ESTATAL DE DERECHOS
HUMANOS
SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO DEL 12 AL 18 DE OCTUBRE DEL 2009**

NOMBRE DEL PACIENTE	No.AFILIACION	SERVICIO	COSTO
ROBERTO DOMINGUEZ ALVIDRE	11309/05	PEDIATRIA	\$ 175.00
VIRIDIANA DOMINGUEZ	11309/06	ODTALMOLOGIA	\$ 375.00
		TOTAL	\$ 550.00



Hospital de Gineco-Obstetricia
de Parral

VERONICA ROBLES SANCHEZ
DPTO. DE COBRANZA

