



COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
ESTADO DE CHIHUAHUA
Póliza: C00702 Del 18/04/2024

Concepto: F/HGP-808, HGP-816 Y HRD-1454 SERVICIO MEDICO PARRAL Y DELICIAS ENERO Y FEBRERO 2024

Usr DianaTrevizo
Rep rptPoliza

Fecha y hora de Impresión 19/abr./2024 10:27 a.m.
Pagina 1

Beneficiario: **INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD**

Folio / Cheque : SPEI
510429

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	2117-02-0001	RETENCION SERV MED ICHISAL	\$3,064.62		FF, F/HGP-808, HGP-816 Y HRD-1454 SERVICIO MEDICO PARRAL Y DELICIAS ENERO Y FEBRERO 2024
0002	2117-02-0001	RETENCION SERV MED ICHISAL	\$3,249.71		FF, F/HGP-808, HGP-816 Y HRD-1454 SERVICIO MEDICO PARRAL Y DELICIAS ENERO Y FEBRERO 2024
0003	2117-02-0001	RETENCION SERV MED ICHISAL	\$18,963.14		FF, F/HGP-808, HGP-816 Y HRD-1454 SERVICIO MEDICO PARRAL Y DELICIAS ENERO Y FEBRERO 2024
0004	1112-01-0009	BANAMEX 70165902740 CHIH		\$25,277.47	FF, F/HGP-808, HGP-816 Y HRD-1454 SERVICIO MEDICO PARRAL Y DELICIAS ENERO Y FEBRERO 2024
Sumas iguales =>			<u>25,277.47</u>	<u>25,277.47</u>	



Jueves 18 de Abril del 2024, 6:15:23 PM Centro de México

Transferencia a otras cuentas

Cliente

73562443

Razón Social

COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUM

Su transferencia ha sido **Aceptada** con número de autorización **510429**.

Autorizadores

Usuario 09

LETICIA S ALONSO ROCHA

Cuentas

Cuenta retiro

COMISION ESTATAL DE LOS DE - 7016/5902740

Cuenta de depósito o beneficiario

BBVA MEXICO - MXN *****474

Nombre: ICHISAL (Dato no verificado por esta institución)

Datos de la transferencia

Importe MXN

\$ 25,277.47

Referencia Numérica

180424

Concepto del pago

HOSP PARRAL Y DELICIAS ENE FEB

Clave de rastreo

085905104294310944

Tipo de cuenta

CLABE

Tipo de beneficiario

Persona Moral

Fecha de aplicación

Mismo Día

Fecha valor

18/04/2024

Para poder descargar su comprobante electrónico de pago (CEP) de clic en la siguiente liga: www.banxico.org.mx/cep

Este vínculo se activará a más tardar dentro de los cinco minutos siguientes a la aceptación de la operación

"Este documento es sólo de carácter informativo, no tiene validez oficial como comprobante legal o fiscal"



COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
ESTADO DE CHIHUAHUA

Auxiliares de Cuentas del 01/abr./2024 al 18/abr./2024

Con saldo y/o movimientos. (De la cuenta: 2117-02-0001 a la 2117-02-0001)
 Cuentas de Registro

Usr: DianaTrevizo
 Rep: rptAuxiliarCuentas

Fecha y hora de Impresión
 18/abr./2024
 03:31 p. m.

Cuenta	Nombre de la Cuenta			Movimientos del Periodo			Saldo Inicial	Abonos	Saldos
	Poliza	Fecha	Beneficiario	No. Factura	Cheque / Folio	Concepto			
2117-02-0001							\$81,303.55	\$38,451.49	\$105,422.26
	C00579	04/04/2024	INSTITUTO CHIHUAHUEI			RETENCION SERV. MED. ICHISAL	\$14,332.78	\$0.00	\$79,211.72
	C00613	09/04/2024	INSTITUTO CHIHUAHUEI			SPEI 00149: F/HGJ-3489 SERVICIO MEDICO EMPLEADOS VISITADURIA JUAREZ FEBRERO	\$2,091.83	\$0.00	\$66,970.77
	D00308	12/04/2024	2807951.05			SPEI 00132: F/HIE4113 SERVICIO MEDICO EMPLEADOS CEDH MARZO 2024 (F/HIE4113 SEI NOMINA 1A QNA ABRIL 2024 (NOMINA 1A QNA ABRIL 2024)	\$12,240.95	\$0.00	\$105,422.26
Total :							81,303.55	38,451.49	105,422.26



**MEDI
CHIHUAHUA**

Chihuahua, Chihuahua., a 14 de Marzo del 2024.

**COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
LIC. NESTOR MANUEL ARMENDARIZ LOYA
PRESIDENTE.
PRESENTE. -**

COMISION ESTATAL DE
LOS DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
17 ABR. 2024
9:07 hrs
DIRECCION DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

**AT'N. C. P. RAFAEL VALENZUELA LICON
DIRECTOR DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

Anexo al presente, facturas originales que corresponden a los Servicios Médicos, proporcionados por el Instituto Chihuahuense de Salud a los empleados de la C. E. D. H. de acuerdo al contrato establecido y que a continuación se relacionan.

COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS			
Unidad Hospitalaria	Núm. Factura	Fecha	Importe
HOSPITAL G.O. PARRAL	HGP-808	08/03/2024	\$3,064.62
HOSPITAL G.O. PARRAL	HGP-816	08/03/2024	\$3,249.71
HOSPITAL REGIONAL DELICIAS	HRD-1454	08/02/2024	\$18,963.14
Total			\$ 25,277.47

Agradeciéndole de antemano su atención quedo de usted.

Atentamente.-


C.P. Karla Grisela Alonso Reaza
Dpto. de Contabilidad / Encargada del Área de Crédito y Cobranza ICHISAL
Instituto Chihuahuense de Salud

DIRECCION DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
RECIBIDO
17 ABR. 2024
COMISION ESTATAL DE
LOS DERECHOS HUMANOS
15:17

COMISION ESTATAL DE
LOS DERECHOS HUMANOS
RECIBIDO
16 ABR. 2024
ORIENTACION Y QUEJAS
11:34

Cp. Karla Alonso Reaza

De: Cp. Karla Alonso Reaza <karla.alonso@chihuahua.gob.mx>
Enviado el: jueves, 21 de marzo de 2024 03:58 p. m.
Para: 'facturacioncedh@hotmail.com'
Asunto: FACTURAS SERVICIO MEDICO ICHISAL
Datos adjuntos: 06BA6E89-12F8-5141-972C-6788CA7EA0BF.XML;
06BA6E89-12F8-5141-972C-6788CA7EA0BF.PDF; AFBFF403-0CB1-9346-
AB3B-13B9930CCAD5.xml; F-816 CEDH.PDF

Buenas Tardes

Anexo al presente les envío facturas del servicio médico, así mismo les hare llegar en físico para contra recibo.



C.P. KARLA G. ALONSO REAZA
Depto. de Contabilidad Ichisal / Coord. Crédito y
Cobranza
Calle Aldamay 3A 604 | Col. Centro | 31000 |
Chihuahua, Chih. | México
Tel. 614.429.33.00 - Ext. 21726
Correo:



Folio Fiscal (UUID)	
AFBFF403-0CB1-9346-AB3B-13B9930CCAD5	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	HGP 816
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	33800
Forma de Pago	Fecha
99(Por definir)	2024-03-08T13:37:05
Confirmación	Tipo de Relación
Exportación	Tipo de Comprobante
01(No aplica)	I(Ingreso)

Emisor
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD ICS8708256C8 Régimen 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)

Receptor
COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS CED920927MP5 C.P.:31020 Uso CFDI: G03(Gastos en general) Régimen: 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Obj. Impuesto	Unidad	Cantidad	P.Unitario	Descuento	Importe
85121900	MED01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 675.63		\$ 675.63
MEDICAMENTO CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO DEL 2014								
85121600	CONSULTA01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 900.46		\$ 900.46
SERVICIO MEDICO CORRESPONDIENTE AL MES FEBRERO DEL 2024								
85121800	LAB01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 1,673.62		\$ 1,673.62
LABORATORIO								

	Total con letra: TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS 71/100.-MXN Tipo de Cambio: 1	Subtotal IVA 0.00%	\$ 3,249.71 \$ 0.00
		Total	\$ 3,249.71

Sello digital del Emisor:

aMsJvA+9oOxi1jnGINyEbi4fEoKaX1IETfC+W3zZlqWHP9WLcqsTSwSDAyRxbNJDnZV9sjw9CUPxJmcZqEPxOY1RWYywW6XHv9K/ieYlundeVwKy32/N77DqzFGXJk50t+2aHhQA/dbEsTQepFyROREv29frNBCEJnLV4dpl3AHEsGS9WugvFeU8Nyd0vzU3JIOFbmO6QX2itLutn2xHJzArj8feyDU8p6oVsz9/1VCkZbiDWNtgmszZBP2GtA66woMnX9aocVvGJmSIQ2lLat1p4BNAsXsZmKFj5vx6Qj7P6LQ22RkH9StiWBOoq3jGaeDsz8Zl4egMXQICg==

Sello digital del SAT:

rlpopkujizEjvrKPMjYQjSaeEbsJlgo6BRR9voemx8Eo4dLGC3Q2IZAYZQYi5ZpaYgPSvBHZU5RSueCxFZMSKYlvAo4Cq3TuMnpYtJGh3cqjvRhNVqu08AH5REYS2SIKkpb2fTytNHTyBf5y3XarlsSYRWSel+NUmgEcimCMHSOdp2bbiYtO+YmAsm6fHaUZNWAFbqln1ZGpj6VyiLc+pAbOB68Y0ykP2k7RGI36ow9jcbXHoHaIRLg/QSFoUkHJqdJVHbTz/SAZzLUXHDUSBMPzu+BJPuAMN0/rL7GbX32JPYIMFparrn52/szpmNefuDyHNJPO0GDrS7FjVA==

Cadena Original del Complemento del SAT:

||1.1|AFBFF403-0CB1-9346-AB3B-13B9930CCAD5|2024-03-08T14:38:08|SCD110105654|aMsJvA+9oOxi1jnGINyEbi4fEoKaX1IETfC+W3zZlqWHP9WLcqsTSwSDAyRxbNJDnZV9sjw9CUPxJmcZqEPxOY1RWYywW6XHv9K/ieYlundeVwKy32/N77DqzFGXJk50t+2aHhQA/dbEsTQepFyROREv29frNBCEJnLV4dpl3AHEsGS9WugvFeU8Nyd0vzU3JIOFbmO6QX2itLutn2xHJzArj8feyDU8p6oVsz9/1VCkZbiDWNtgmszZBP2GtA66woMnX9aocVvGJmSIQ2lLat1p4BNAsXsZmKFj5vx6Qj7P6LQ22RkH9StiWBOoq3jGaeDsz8Zl4egMXQICg==|00001000000702501858||

Certificado del Emisor: 00001000000510602404 **Fecha y Hora de Certificación:** 2024-03-08T14:38:08
Certificado SAT: 00001000000702501858 **Proveedor de Certificación:** SCD110105654



Verificación de comprobantes fiscales digitales por internet

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
ICS8708256C8	INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD	CED920927MP5	COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
AFBFF403-0CB1-9346-AB3B-13B9930CCAD5	2024-03-08T13:37:05	2024-03-08T14:38:08	SCD110105654
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$3,249.71	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación

Imprimir



RELACION DE COBRANZA A DERECHOS HUMANOS

SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO DEL 01 AL 29 DE FEBRERO 2024

NOMBRE DEL PACIENTE	No. AFILIACION	SERVICIO	COSTO	FECHA
Perez Vazquez Angela Mariel	73753/07	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	19/02/2024
Flores Garcia Paola Geraldine	35253/08	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	20/02/2024
Flores Garcia Paola Geraldine	35253/08	LABORATORIO	\$ 1,673.62	23/02/2024
Flores Botello Gerardo	35253/01	MEDICAMENTO	\$ 230.33	06/02/2024
Flores Garcia Paola Geraldine	35253/08	MEDICAMENTO	\$ 224.26	20/02/2024
Garcia Medina Renee Paola	35253/02	MEDICAMENTO	\$ 221.04	12/02/2024

TOTAL

\$3,249.71



LIC. ROSA MA. FRANCO TORRESDEY
DPTO. COBRANZA





Folio Fiscal (UUID)	
E74C92F1-2035-5E43-9B48-5D6CFAE91BC0	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	HGP 808
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	33800
Forma de Pago	Fecha
99(Por definir)	2024-03-08T12:57:12
Confirmación	Tipo de Relación
Exportación	Tipo de Comprobante
01(No aplica)	I(Ingreso)

Emisor
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD ICS8708256C8 Régimen 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)

Receptor	
COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS CED920927MP5 Uso CFDI: G03(Gastos en general) Régimen: 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)	C.P.:31020

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Obj. Impuesto	Unidad	Cantidad	P.Unitario	Descuento	Importe
85121900	MED01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 813.47		\$ 813.47
MEDICAMENTO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2023								
85121600	CONSULTA01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 2,251.15		\$ 2,251.15
SERVICIO MEDICO CORRESPONDIENTE AL MES ENERO DEL 2024								



Total con letra:
TRES MIL SESENTA Y CUATRO PESOS 62/100.-MXN
Tipo de Cambio: 1

Subtotal	\$ 3,064.62
IVA 0.00%	\$ 0.00
Total	\$ 3,064.62

Sello digital del Emisor:

bQr8le1YUTU4YDxzOvl+do39F8MpPhqFJ8gFXfUDf8SYOlnzKeutMfD/+absAprBOY4k+Par9H/XoFJ7UM9I9j19tbg4qRYdy9OFVzFTrdNco0k1X55iu7xT0C0DtPwYUvV+qRTUW0eBgTWFJPHQfPbJBKRSgnsN7IV8BDakZTNuOqJShsboLzOajwJ8MZu6Swoczs0aK+/VUyGXXfmHYzIEg8SA5LrghjghekWcj7jtaKRzPvAhAxIRlqqFKGQFbeh/YJdY5mGQvPZirORKgImPKcZXQGVI7RqxqNy26APNOyskmXWov6eedctnBfKkgd3tbjw6Md/l2rQg4A5YA==

Sello digital del SAT:

TDFsftW5kwBTYIk4uLTnyL4Y2+vjqlEtZfzfcLzpl+kIAJ94NWUThrFtu2Khgpc1s1FgCLkvQ4gxA1uVfB7G11kFBjD0XYBzd3PatiCprjnSBE33YVScfF5heHiuYgGoLcpjTLUecEOVOIM6Vg+0KSIInwMOKRjD6YUoB7Y4dgOBemvTQjH2x9SqYfNlK9yXsd16L+3kVTd0taMc7wG4UJGE1FcR4mYrs2HWmgbQ8aLJtcAAilNcCA3QTVbdQzcMR126YcgjQ0LU1pypp7g1rWk/Hknc+YGzAMfkzD1igtA4R2KzGlpshIiid+aCriSw0bFick8ODbwU1xEw==

Cadena Original del Complemento del SAT:

||1.1|E74C92F1-2035-5E43-9B48-5D6CFAE91BC0|2024-03-08T13:58:15|SCD110105654|bQr8le1YUTU4YDxzOvl+do39F8MpPhqFJ8gFXfUDf8SYOlnzKeutMfD/+absAprBOY4k+Par9H/XoFJ7UM9I9j19tbg4qRYdy9OFVzFTrdNco0k1X55iu7xT0C0DtPwYUvV+qRTUW0eBgTWFJPHQfPbJBKRSgnsN7IV8BDakZTNuOqJShsboLzOajwJ8MZu6Swoczs0aK+/VUyGXXfmHYzIEg8SA5LrghjghekWcj7jtaKRzPvAhAxIRlqqFKGQFbeh/YJdY5mGQvPZirORKgImPKcZXQGVI7RqxqNy26APNOyskmXWov6eedctnBfKkgd3tbjw6Md/l2rQg4A5YA==|00001000000702501858||

Certificado del Emisor: 00001000000510602404

Fecha y Hora de Certificación: 2024-03-08T13:58:15

Certificado SAT: 00001000000702501858

Proveedor de Certificación: SCD110105654



Verificación de comprobantes fiscales digitales por internet

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
ICS8708256C8	INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD	CED920927MP5	COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
E74C92F1-2035-5E43-9B48-5D6CFAE91BC0	2024-03-08T12:57:12	2024-03-08T13:58:15	SCD110105654
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$3,064.62	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación

Imprimir

RELACION DE COBRANZA A DERECHOS HUMANOS

SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO DEL 01 AL 14 DE ENERO 2024

NOMBRE DEL PACIENTE	No. AFILIACION	SERVICIO	COSTO	FECHA
VAZQUEZ SILVA CYNTHIA PAOLA	73753/01	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	02/01/2024
PEREZ VAZQUEZ ANGELA MARIEL	73753/07	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	02/01/2024

TOTAL

\$900.46



LIC. ROSA MA. FRANCO TORRESDEY
DPTO. COBRANZA

RELACION DE COBRANZA A DERECHOS HUMANOS

SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO DEL 15 AL 31 DE ENERO 2024

NOMBRE DEL PACIENTE	No. AFILIACION	SERVICIO	COSTO	FECHA
GARCIA MEDINA RENEE PAOLA	35253/02	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	16/01/2024
PEREZ VAZQUEZ ANGELA MARIEL	73753/07	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	17/01/2024
GARCIA MEDINA RENEE PAOLA	35253/02	MEDICAMENTO	\$ 207.64	16/01/2024
PEREZ VAZQUEZ ANGELA MARIEL	73753/07	MEDICAMENTO	\$ 359.79	17/01/2024
FLORES GARCIA PAOLA GERALDINE	35253/08	SERVICIO MEDICO	\$ 450.23	30/01/2024
FLORES GARCIA PAOLA GERALDINE	35253/08	MEDICAMENTO	\$ 246.04	30/01/2024

TOTAL

\$2,164.16



LIC. ROSA MA. FRANCO TORRESDEY
DPTO. COBRANZA



Folio Fiscal (UUID)	
06BA6E89-12F8-5141-972C-6788CA7EA0BF	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	HRD 1454
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	33000
Forma de Pago	Fecha
99(Por definir)	2024-02-08T08:24:44
Confirmación	Tipo de Relación
Exportación	Tipo de Comprobante
01(No aplica)	I(Ingreso)

Emisor
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
ICS8708256C8
Régimen 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)

Receptor	
COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS	
CED920927MP5	C.P.:31020
Uso CFDI: G03(Gastos en general)	
Régimen: 603(Personas Morales con Fines no Lucrativos)	

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Obj. Impuesto	Unidad	Cantidad	P.Unitario	Descuento	Importe
85121600	CONSULTA01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 2,078.94		\$ 2,078.94
SERVICIO MEDICO DE DOCTORES GENERALES CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024								
85121600	CONSULTA01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 450.23		\$ 450.23
SERVICIO MEDICO ESPECIALISTA CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024								
85121808	X01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 681.57		\$ 681.57
SERVICIOS DE LABORATORIO DE RAYOS X CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024								
85121800	LAB01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 12,448.97		\$ 12,448.97
LABORATORIOS MEDICOS (ANALISIS CLINICOS) CORRESPONDIENTES AL MES DE ENERO DEL 2024								
85121900	MED01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 3,303.43		\$ 3,303.43
FARMACÉUTICOS CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024								

	Total con letra: DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS 14/100.-MXN Tipo de Cambio: 1	Subtotal	\$ 18,963.14
		IVA 0.00%	\$ 0.00
	Total	\$ 18,963.14	

Sello digital del Emisor:

UTij0S3BQlbVZKhSh2y1o6HK+kgGrjoMm0JpuDr2vdJpvnOix5w3zG+I44Z3K3GYcaOSPG7PXMh+LG/6SNm1BxJ+42m3+XLuV8/qPLcm1NqrQrARInn+CY+rOrh9RiVoandqMhJFW6LGV1iicZjKVG/dcBBMMJ3wVMWmU5mEAVLZuw0eT5/dU7k8A1np3W9sjVShBIGVso1r0ZKzhs7DiVer0tDlodOgWiNi/pv0W5SgtCrlw47bl/ALvN0bpm31vkAwHSAbrsXlauj6QZUI1mMsgLacOU2ulfriGNh8kasOXvWqxo9mzm5/fiMrYgec2xsez5oWjmVclZmZw74Qrjw==

Sello digital del SAT:

hO/p9iIPMwnU10u8Gi0uh9Rj3NBF8qoh9QgF9x+EOYsIF8ueVrLweKjNvmsjxapY8JKR4r+YtSxqt86jcp6tcW9qnmbfUA+pFTuyyYc8w0E0LXigqGQg770/Jj0wBDfr1KWwbfCH0rD6H4LpL9VkaTVepTBK9Z68F8sSNjz3dQJZtOacMTy3qiDiOPXXWIK6SdT3E+K6W/21NZ4Yb/PAMQr64WnUyOZETCcOroH3UrLAlf+Diap65cSKvvjNM/q8JSRvofF5yVvKPCbJdPPCrHHYj2lAvP6Gkj0XQ3LpQdDNot1ySAyqqrTZljsQ/nFZzd6Ko5jruWyyq829ew==

Cadena Original del Complemento del SAT:

||1.1|06BA6E89-12F8-5141-972C-6788CA7EA0BF|2024-02-08T09:25:37|SCD110105654|UTij0S3BQlbVZKhSh2y1o6HK+kgGrjoMm0JpuDr2vdJpvnOix5w3zG+I44Z3K3GYcaOSPG7PXMh+LG/6SNm1BxJ+42m3+XLuV8/qPLcm1NqrQrARInn+CY+rOrh9RiVoandqMhJFW6LGV1iicZjKVG/dcBBMMJ3wVMWmU5mEAVLZuw0eT5/dU7k8A1np3W9sjVShBIGVso1r0ZKzhs7DiVer0tDlodOgWiNi/pv0W5SgtCrlw47bl/ALvN0bpm31vkAwHSAbrsXlauj6QZUI1mMsgLacOU2ulfriGNh8kasOXvWqxo9mzm5/fiMrYgec2xsez5oWjmVclZmZw74Qrjw=|00001000000702501858||

Certificado del Emisor: 00001000000510602404 Fecha y Hora de Certificación: 2024-02-08T09:25:37
Certificado SAT: 00001000000702501858 Proveedor de Certificación: SCD110105654



Verificación de comprobantes fiscales digitales por internet

RFC del emisor	Nombre o razón social del emisor	RFC del receptor	Nombre o razón social del receptor
ICS8708256C8	INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD	CED920927MP5	COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
Folio fiscal	Fecha de expedición	Fecha certificación SAT	PAC que certificó
06BA6E89-12F8-5141-972C- 6788CA7EA0BF	2024-02-08T08:24:44	2024-02- 08T09:25:37	SCD110105654
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$18,963.14	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación

Imprimir

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="true"?>
<cfdi:Comprobante xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/cfd/4 http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/4/cfdv40.xsd" LugarExpedicion="33000"
MetodoPago="PPD" Exportacion="01" TipoDeComprobante="I" Total="18963.14" TipoCambio="1" Moneda="MXN" SubTotal="18963.14"
Certificado="MIIGITCCBAmgAwIBAgIUMDAwMDEwMDAwMDA1MTA2MDI0MDQwDQYJKoZIhvcNAQELBQAwggGEMSAwHgYDVQQDDBdVVRPUkkl
NoCertificado="00001000000510602404" FormaPago="99"
Sello="UTIj0S3BQIbVZKhSh2y1o6HK+kgGrjoMm0JPuDr2vdJpvnOiX5w3zG+I44Z3K3GYcaOSPG7PXMh+LG/6SNm1BxJ+42m3+XLuV8/qPLcm1NqrARiR
Fecha="2024-02-08T08:24:44" Folio="1454" Serie="HRD" Version="4.0" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xmlns:cfdi="http://www.sat.gob.mx/cfd/4">
  <cfdi:Emisor RegimenFiscal="603" Nombre="INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD" Rfc="ICS8708256C8"/>
  <cfdi:Receptor Nombre="COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS" Rfc="CED920927MP5" UsoCFDI="G03" RegimenFiscalReceptor="603"
  DomicilioFiscalReceptor="31020"/>
  - <cfdi:Conceptos>
    - <cfdi:Concepto ObjetoImp="02" Importe="2078.94" ValorUnitario="2078.94" Descripcion="SERVICIO MEDICO DE DOCTORES GENERALES
    CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024" Unidad="SERVICIO" ClaveUnidad="E48" Cantidad="1" Noldentificacion="CONSULTA01"
    ClaveProdServ="85121600">
      - <cfdi:Impuestos>
        - <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="2078.94"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
    - <cfdi:Concepto ObjetoImp="02" Importe="450.23" ValorUnitario="450.23" Descripcion="SERVICIO MEDICO ESPECIALISTA CORRESPONDIENTE AL
    MES DE ENERO DEL 2024" Unidad="SERVICIO" ClaveUnidad="E48" Cantidad="1" Noldentificacion="CONSULTA01" ClaveProdServ="85121600">
      - <cfdi:Impuestos>
        - <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="450.23"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
    - <cfdi:Concepto ObjetoImp="02" Importe="681.57" ValorUnitario="681.57" Descripcion="SERVICIOS DE LABORATORIO DE RAYOS X
    CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DEL 2024" Unidad="SERVICIO" ClaveUnidad="E48" Cantidad="1" Noldentificacion="X01"
    ClaveProdServ="85121808">
      - <cfdi:Impuestos>
        - <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="681.57"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
    - <cfdi:Concepto ObjetoImp="02" Importe="12448.97" ValorUnitario="12448.97" Descripcion="LABORATORIOS MEDICOS (ANALISIS CLINICOS)
    CORRESPONDIENTES AL MES DE ENERO DEL 2024" Unidad="SERVICIO" ClaveUnidad="E48" Cantidad="1" Noldentificacion="LAB01"
    ClaveProdServ="85121800">
      - <cfdi:Impuestos>
        - <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="12448.97"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
    - <cfdi:Concepto ObjetoImp="02" Importe="3303.43" ValorUnitario="3303.43" Descripcion="FARMACÉUTICOS CORRESPONDIENTE AL MES DE
    ENERO DEL 2024" Unidad="SERVICIO" ClaveUnidad="E48" Cantidad="1" Noldentificacion="MED01" ClaveProdServ="85121900">
      - <cfdi:Impuestos>
        - <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="3303.43"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
  </cfdi:Conceptos>
  <cfdi:Impuestos TotallmpuestosTrasladados="0">
    - <cfdi:Traslados>
      <cfdi:Traslado Importe="0.00" TasaOCuota="0.000000" TipoFactor="Tasa" Impuesto="002" Base="18963.14"/>
    </cfdi:Traslados>
  </cfdi:Impuestos>
  - <cfdi:Complemento>
    <tfd:TimbreFiscalDigital xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital
    http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/TimbreFiscalDigital/TimbreFiscalDigitalv11.xsd" Version="1.1"
    xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
    SelloSAT="hO/p9iIPMwnU10u8Gi0uh9Rj3NBF8qoH9QgFfx9x+EOYsIF8ueVrLweKjNvmsjxapY8JKR4r+YtSxqt86jcp6tW9qnmfbfUA+pFTuyyVcE
    NoCertificadoSAT="00001000000702501858"
    SelloCFD="UTIj0S3BQIbVZKhSh2y1o6HK+kgGrjoMm0JPuDr2vdJpvnOiX5w3zG+I44Z3K3GYcaOSPG7PXMh+LG/6SNm1BxJ+42m3+XLuV8/qF
    RfcProvCertif="SCD110105654" FechaTimbrado="2024-02-08T09:25:37" UUID="06BA6E89-12F8-5141-972C-6788CA7EA0BF"
    xmlns:tfd="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital"/>
  </cfdi:Complemento>
</cfdi:Comprobante>

```



SECRETARÍA
DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DELICIAS

ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS- ENERO 2024
CD DELICIAS, CHIHUAHUA, CHIH. A 08 DE FEBRERO DEL 2024

HOSPITAL REGIONAL DELICIAS:
RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS: INTERNOS Y EXTERNOS

CUENTA	NOMBRE	RECIBO	M.GRAL.	C. URG	M. ESP	RAYOS X	LAB	MAT	MED	TOTAL	FECHA
787940	BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL	CF627060					\$ 5,364.19			\$ 5,364.19	09/01/2024
787833	BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL	CF626968	\$ 346.49							\$ 346.49	08/01/2024
787543	HERNANDEZ REYES JAZMIN	UF672181	\$ 346.49							\$ 346.49	04/01/2024
790145	HERNANDEZ REYES JAZMIN	UF673590				\$ 681.57				\$ 681.57	25/01/2024
725474	MARQUEZ MATA ZAYRA	CF626908			\$ 450.23					\$ 450.23	05/01/2024
788422	MATA HERNANDEZ MINERVA AIDA	CF627462	\$ 346.49						\$ 1,494.62	\$ 1,841.11	12/01/2024
788604	MOYA BURROLA GUADALUPE	CF627609	\$ 346.49						\$ 1,506.36	\$ 1,852.85	15/01/2024
788754	MOYA BURROLA GUADALUPE	CF627740					\$ 331.97			\$ 331.97	16/01/2024
788222	MOYA BURROLA GUADALUPE	CF627307					\$ 6,752.81			\$ 6,752.81	11/01/2024
742572	MOYA BURROLA GUADALUPE	UF672554	\$ 346.49						\$ 302.45	\$ 648.94	10/01/2024
788976	MOYA BURROLA GUADALUPE	CF627929	\$ 346.49							\$ 346.49	17/01/2024
TOTAL:			\$ 2,078.94	\$ -	\$ 450.23	\$ 681.57	\$ 12,448.97	\$ -	\$ 3,303.43	\$ 18,963.14	

ATENTAMENTE

C. APOLINAR QUINTANA TARANGO
ADMINISTRADOR

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627060

Edad: 35 Años, 9 Meses

Hora: 8:38:38 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (787,940)

Paciente: BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL

No Afiliación: 0

La cantidad de CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS 19/100 M.N.

RFC: BUHM880328

CURP: 39717/01

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)

\$5,364.19

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$5,364.19 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$5,364.19

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$5,364.19

DELICIAS, CHIHUAHUA, 9/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627060

Edad: 35 Años, 9 Meses

Hora: 8:38:36 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (787,940)

Paciente: BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL

No Afiliacion: 0

La cantidad de CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS 19/100 M.N.

RFC: BUHM880328

CURP: 39717/01

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO) \$5,364.19

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares		
Credito	\$5,364.19 / \$0.00	Sub Total (sin deducciones)	\$5,364.19
Efectivo	\$0.00 / \$0.00	Excepciones	\$0.00
		Anticipos	\$0.00
		Total	\$5,364.19

H.R. de Delicias



24240109038

BURROLA HERNANDEZ, MIGUEL ANGEL
[l_fecha_crea]

DELICIAS, CHIHUAHUA, 9/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH



SOLICITUD DE SERVICIO

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
(639) 470-83-00

FOLIO:0017030310
FECHA CONSULTA:08/01/2024
ATENCIÓN:17030310



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL [PRINCIPAL],

SERVICIO:ANALISIS CLINICOS

PSA ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO
ELECTROLITOS SERICOS
BIOMETRIA HEMATICA
PERFIL DE LIPIDOS
QUIMICA SANGUINEA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA



PACIENTE: BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO: 28/03/1988
No. AFILIACIÓN: 39717/01
EXPEDIENTE: 19106-16
PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS



MÉDICO: HERNANDEZ GONZALEZ YESSICA
ESPECIALIDAD: GENERAL
CÉDULA PROFESIONAL: 12224641

Yessica Hernández González
Médico Cirujano Parto
Universidad Autónoma de Chihuahua
Céd. Prof. 12224641

L-V
7:30 - 9:30
a.m.
A yuro
Recibo d' Caja.

Fecha y hora de impresión: 08/01/2024 10:44:42a. m.

Firma: _____



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF626968

Edad: 35 Años, 9 Meses

Hora: 10:28:30 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (787,833)

Paciente: BURROLA HERNANDEZ MIGUEL ANGEL

No Afiliación: 0

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

RFC: BUHM880328

CURP: 39717/01

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectiva	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$346.40

\$346.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 8/ene /2024

Cajero(a): GUTIERREZ GARIBAY CLAUDIA ERENA

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: UF672181 Edad: 25 Años, 4 Meses

Hora: 8:41:26 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (787,543)

Paciente: HERNANDEZ REYES JAZMIN

No Afiliación: 0

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

RFC: HERJ980815

CURP: HERJ980815MCHRYZ00

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

\$346.49

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$346.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 4/ene/2024

Cajero(a): PEREDA CABRERA LETICIA

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Eco

Recibo: UF673590 Edad: 25 Años, 5 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (790,145)

Hora: 2:09:07 pm

Paciente: HERNANDEZ REYES JAZMIN
La cantidad de SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS 57/100 M.N.

No Afiliación: 70556

RFC: HERJ980815 CURP: HERJ980815MCHRYZ00

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (IMAGENOLOGIA)

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$681.57 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)	\$681.57
Exenciones	\$0.00
Anticipos	\$0.00
Total	\$681.57

DELICIAS, CHIHUAHUA, 25/ene/2024

Cajero(a): GARCIA LOPEZ CLAUDIA

Claudia

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Eco

Recibo: UF873590 Edad: 25 Años, 5 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (790,145)

Hora: 2:09:07 pm

Paciente: HERNANDEZ REYES JAZMIN
La cantidad de SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS 57/100 M.N.

No Afiliación: 70558

RFC: HERJ980815 CURP: HERJ980815MCHRYZ00

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (IMAGENOLOGIA)

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$681.57 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)	\$881.57
Exenciones	\$0.00
Anticipos	\$0.00
Total	\$881.57

DELICIAS, CHIHUAHUA, 25/ene./2024

Cajero(a): GARCIA LOPEZ CLAUDIA

Claudia



SOLICITUD DE SERVICIO

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
(639) 470-83-00

FOLIO:0017010532
FECHA CONSULTA:04/01/2024
ATENCIÓN:17010532



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:0000 - EMBARAZO ABDOMINAL [PRINCIPAL],

SERVICIO:ESTUDIOS DE GABINETE

SONOGRAFIA OBSTETRICA

cen b



PACIENTE:HERNANDEZ REYES JAZMIN
FECHA DE NACIMIENTO:15/08/1998
No. AFILIACIÓN:70556/01
EXPEDIENTE:4603-21
PROCEDENCIA:COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS

SONOGRAFIA

2:00

CITA: Jueves DIA: 25-01-24 HORA: pm

ESTUDIO: **OBSTETRICO**

PREPARACION: ASEO PERSONAL

CUALQUIER MOLESTIA O SANGRADO ACUDIR A URGENCIAS

**FAVOR DE TRAER LA ORDEN CON EL RECIBO DE PAGO Y REPORTE
RECIENTE DE ULTRASONIDO**



MÉDICO:HARO VALLES ITZEL ANAI
ESPECIALIDAD:GENERAL
CÉDULA PROFESIONAL:13449535

HARO

Firma: _____



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF626908 Edad: 19 Años, 5 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOABIENTE Externo (725.474)

Hora: 3:04:43 pm

Paciente: MARQUEZ MATA ZAYRA
La cantidad de CUATROSCIENTOS CINCUENTA PESOS 23/100 M.N.

No Afiliación: 3147605

RFC: MAMZ040707

CURP: MAMZ040707MCHRTYA3

Por concepto de:

CONSULTA ESPECIALISTA

\$450.23

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$450.23 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$450.23

Excepciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$450.23

DELICIAS, CHIHUAHUA, 5/ene/2024

Cajero(a): PEREZ PORRAS BEATRIZ

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627462 Edad: 48 Años, 4 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (788,422)

Hora: 9:16:59 am

Paciente: MATA HERNANDEZ MINERVA AIDA
La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

No Afiliacion: 0

RFC: MAHM750815

CURP: MAHM750815MCHTRN07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

\$346.49

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$346.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 12/ene/2024

Cajero(a): PEREDA CADRENA LETICIA



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 ZONA CENTRO AV. RIO CONCHOS PTE # 500
 (639) 410-83-00

RECETA

FOLIO : 9999603
 FECHA CONSULTA: 12/01/2024 09:39:08a. m.
 ATENCIÓN: 17074045



ICHISAL
 INSTITUTO CHIHUAHUENSE
 DE SALUD

DIAGNOSTICOS: J039 - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA [PRINCIPAL],

Tratamiento

- [010.000.1929.00] [2] AMPICILINA TABLETA O CÁPSULA (500 MG) ENVASE CON 20 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.5106.00] [3] ATORVASTATINA TABLETA (20 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 30 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.0655.00] [1] BEZAFIBRATO TABLETA (200 MG) ENVASE CON 30 TABLETA DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 30 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.2471.00] [3] CLORFENAMINA COMPUESTA TABLETA (PARACETAMOL 500 MG, CAFÉINA 25 MG, FENILEFRINA 5 MG, CLORFENAMINA 4 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.4299.00] [1] LEVOFLOXACINO TABLETA (500 MG) ENVASE CON 7 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.0108.00] [3] METAMIZOL SODICO COMPRIMIDO (500 MG) ENVASE CON 10 COMPRIMIDO DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL



CITA: 19459431
 PACIENTE: MATA HERNANDEZ MINERVA AIDA
 SEXO: FEMENINO EDAD: 48a
 FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/1975
 No. AFILIACIÓN: 31476/02
 EXPEDIENTE: 6205-15
 PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
 NOMBRE DEL ASEGURADO: MARQUEZ DE LA ROSA SERGIO ALBERTO



MÉDICO: ORDAZ XX ANTONIO
 ESPECIALIDAD: GENERAL
 CED. PROFESIONAL: 960570

DR. ANTONIO ORDAZ
 MEDICINA GENERAL
 CED. PROF. 960570
 UACH

Firma: _____

SURTIR EN FARMACIA ICHISAL, EXPIRA A LOS TRES DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627462 Edad: 48 Años, 4 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (788,422)

Hora: 9:16:59 am

Paciente: MATA HERNANDEZ MINERVA AIDA
La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

No Afiliacion: 0

RFC: MAHM750815

CURP: MAHM750815MCHTRN07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL		
Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares	SubTotal (sin deducciones)
Credito	\$346.49 / \$0.00	\$346.49
Efectivo	\$0.00 / (\$0.00)	Exenciones \$0.00
		Anticipos \$0.00
		Total \$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 12/ene/2024

Cajero(a): PEREDA CABRERA LETICIA

HG DELICIAS
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA

Fecha Surtimiento
01/12/2024

Paciente:
MATA HERNANDEZ MINERVA AIDA

Folio: 153626

Médico:
ORDAZ XX ANTONIO

Receta: 9999603

Usuario: OBACA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
01000001080000	3	3 ✓	METAMIZOL SODICO (DIPIRONA), COMPRIMIDOS CON 500 MILIGRAMOS.	ENVASE 10 CAPSULA
01000006550000	1	1 ✓	BEZAFIBRATO. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: BEZAFIBRATO 200 MG.	ENVASE 30 TABLETA
01000019290000	2	2 ✓	AMPICILINA, TABLETAS O CAPSULAS, CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: AMPICILINA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG DE AMPICILINA.	ENVASE 20 TABLETA
01000024710000	3	3 ✓	CLORFENAMINA COMPUESTA, TABLETAS, CADA TABLETA CONTIENE: PARACETAMOL 500 MG, CAFEINA 25 MG, CLORHIDRATO DEFENILEFRINA 5 MG, MALEATO DE CLORFENIRAMINA 4 MG.	ENVASE 10 TABLETA
01000042990000	1	1	LEVOFLOXACINO. TABLETA, CADA TABLETA CONTIENE: LEVOFLOXACINO HEMIHDATADO EQUIVALENTE A 500 MG. DE LEVOFLOXACINO.	ENVASE 7 TABLETA
01000051060000	3	3	ATORVASTATINA. TABLETAS, CADA TABLETA CONTIENE: ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 20 MILIGRAMOS DE ATORVASTATINA.	ENVASE 10 TABLETA

81.00
 112.40
 47.25
 301.74
 319.95
 632.22
 1,494.02

6391108900
 Minerva Aida Mata Hernández.

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627809

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:30:14 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,604)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliación: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 49/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

Formas de pago	
(incluyen anticipos)	Pesos / Dólares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

Subtotal (sin deducciones)

\$346.49

\$346.49

Exoneraciones

\$0.00

Exoneraciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.49

\$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 15/ene/2024

Cajero(a) MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 ZONA CENTRO AV. RIO CONCHOS PTE # 500
 (639) 470-83-00

RECETA

FOLIO : 10006969
 FECHA CONSULTA: 15/01/2024 09:49:50a. m.
 ATENCIÓN: 17091494



ICHISAL
 INSTITUTO CHIHUAHUENSE
 DE SALUD

DIAGNOSTICOS: E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA [PRINCIPAL],

Tratamiento

[010.000.1929.00] [2] AMPICILINA TABLETA O CÁPSULA (500 MG) ENVASE CON
 20 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL

[010.000.5106.00] [6] ATORVASTATINA TABLETA (20 MG) ENVASE CON 10
 TABLETAS DOSIS: 2 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DÍAS VIA ORAL NOTA:
 tomarl pór las noches

[010.000.4299.00] [1] LEVOFLOXACINO TABLETA (500 MG) ENVASE CON 7
 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 25 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL



CITA: 19473741
 PACIENTE: MOYA BURROLA GUADALUPE
 SEXO: FEMENINO EDAD: 32a
 FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/1991
 No. AFILIACIÓN: 47018/01
 EXPEDIENTE: 2174-19
 PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
 HUMANOS
 NOMBRE DEL ASEGURADO: MOYA BURROLA GUADALUPE



MÉDICO: ORDAZ XX ANTONIO
 ESPECIALIDAD: GENERAL
 CED. PROFESIONAL: 960570

DR. ANTONIO ORDAZ
 MEDICINA GENERAL
 CED. PROF. 960570
 ICHISAL

Firma: _____
 SURTIR EN FARMACIA ICHISAL EXPIRA A LOS TRES DÍAS HÁBILES DE LA
 FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha y hora de Impresión: 15/01/2024 10:12:52a. m

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627609

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:30:14 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,604)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

\$248.48

Formas de pago	
(incluyen anticipos)	Pesos / Dólares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SUBTOTAL (sin deducciones)

\$346.48

Excepciones

\$0.00

Exoneraciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.48

Total

\$346.48

Cons. #3
No. 7

DELICIAS, CHIHUAHUA, 15/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH

HG DELICIAS
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA

Fecha Surtimiento
01/15/2024

Paciente:
MOYA BURROLA GUADALUPE

Folio: 153799

Médico:
ORDAZ XX ANTONIO

Receta: 10006969

Usuario: PTORRES1

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
01000019290000	2	2	AMPICILINA, TABLETAS O CAPSULAS, CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: AMPICILINA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG DE AMPICILINA.	ENVASE 20 TABLETA
01000042990000	1	1	LEVOFLOXACINO. TABLETA, CADA TABLETA CONTIENE: LEVOFLOXACINO HEMIHDATADO EQUIVALENTE A 500 MG. DE LEVOFLOXACINO.	ENVASE 7 TABLETA
01000051060000	6	6	ATORVASTATINA. TABLETAS, CADA TABLETA CONTIENE: ATORVASTATINA CALCICA TRIHIDRATADA EQUIVALENTE A 20 MILIGRAMOS DE ATORVASTATINA.	ENVASE 10 TABLETA

94.50
 147.42
 1,269.44
 1,500.34

Guadalupe Moya Burrola.
 6391074132

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF827740

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 8:13:13 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,754)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 87/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$331.97 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)	\$331.97
Exoneraciones	\$0.00
Anticipos	\$0.00
Total	\$331.97

DELICIAS, CHIHUAHUA, 18/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF827740

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 8:13:13 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,754)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 87/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$331.97 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$331.97

Exenciones

\$331.97

Anticipos

\$0.00

Total

\$331.97

DELICIAS, CHIHUAHUA, 16/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH



SOLICITUD DE SERVICIO



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
(656) 470-83-00

FOLIO:0017091494
FECHA CONSULTA:15/01/2024
ATENCIÓN:7091494



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA [PRINCIPAL],

SERVICIO:ANALISIS CLINICOS

FACTOR REUMATOIDE

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR

H.R. de Delicias



24240116040

MOYA BURROLA, GUADALUPE
[i_fecha_cread]



PACIENTE:MOYA BURROLA GUADALUPE
FECHA DE NACIMIENTO:24/11/1991
No. AFILIACIÓN:47018/01
EXPEDIENTE:2174-19
PROCEDENCIA:COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS



MÉDICO:ORDAZ XX ANTONIO
ESPECIALIDAD:GENERAL
CÉDULA PROFESIONAL:960570

Firma:

DR. ANTONIO ORDAZ
MEDICINA GENERAL
CÉD. PROF. 960570
UACH

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627307 Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 8:17:14 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (788,222)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 0

La cantidad de SEIS MIL SETESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 81/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP:

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)		\$6,752.81
SubTotal (sin deducciones)		\$6,752.81
Exenciones		\$0.00
Anticipos		\$0.00
Total		\$6,752.81

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$6,752.81 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

DELICIAS, CHIHUAHUA, 11/ene/2024

Cajero(a): JUAREZ GARCIA ROSANA

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627307 Edad: 32 Años, 1 Meses
Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (788,222)
Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE
La cantidad de SEIS MIL SETESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 81/100 M.N.
RFC: MOBG911124 CURP:
Por concepto de:

Hora: 8:17:14 am

No Afiliacion: 0

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)			\$6,752.81
Formas de pago (incluyen anticipos)		SubTotal (sin deducciones)	\$6,752.81
Credito		Excepciones	\$0.00
Efectivo		Anticipos	\$0.00
		Total	\$6,752.81

H.R. de Delicias



24240111040

MOYA BURROLA, GUADALUPE
[1_fecha_crea]

DELICIAS, CHIHUAHUA, 11/ene/2024

Cajero(a): JUAREZ GARCIA ROSANA



SOLICITUD DE SERVICIO

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
(639) 470-83-00

FOLIO:0017045642
FECHA CONSULTA:10/01/2024
ATENCIÓN:17045642



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL [PRINCIPAL].

SERVICIO:ANALISIS CLINICOS

EXAMEN GENERAL DE ORINA
BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO
PROLACTINA SERICA
PERFIL HORMONAL GINECOLOGICO REALIZAR DEL 2DO AL SEXTO DIA DEL
PERIODO MENSTRUAL
PERFIL DE LIPIDOS
QUIMICA SANGUINEA
PERFIL TIROIDEO



PACIENTE:MOYA BURROLA GUADALUPE
FECHA DE NACIMIENTO:24/11/1991
No. AFILIACIÓN:47018/01
EXPEDIENTE:2174-19
PROCEDENCIA:COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
HUMANOS



DRA. ITZEL A. HARO VALLES
MEDICINA GENERAL
CED. PROF. 13449535
UACH

MÉDICO:HARO VALLES ITZEL ANAI
ESPECIALIDAD:GENERAL
CÉDULA PROFESIONAL:13449535

Firma:



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: UF872554 Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:21:06 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE Externo (742,572)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliación: 4701601

La cantidad de SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS 49/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

\$647.49

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$647.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$647.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$647.49

Consulta \$340.⁴⁹

DELICIAS, CHIHUAHUA, 10/ene./2024



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 ZONA CENTRO AV. RIO CONCHOS PTE # 500
 (639) 470-83-00

RECETA

FOLIO : 9989085
 FECHA CONSULTA: 10/01/2024 09:41:35a. m.
 ATENCIÓN: 17045642



ICHISAL
 INSTITUTO CHIHUAHUENSE
 DE SALUD

DIAGNOSTICOS: Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL [PRINCIPAL].

Tratamiento

- [010.000.1711.00] [1] ACIDO FOLICO TABLETA (.4 MG) ENVASE CON 90 TABLETAS
 DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 30 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.2433.00] [1] BENZONATATO PERLA O CÁPSULA (100 MG) ENVASE CON
 20 PERLA DOSIS: 1 PERLA CADA 8 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.2471.00] [2] CLORFENAMINA COMPUESTA TABLETA (PARACETAMOL
 500 MG, CAFEÍNA 25 MG, FENILEFRINA 5 MG, CLORFENAMINA 4 MG) ENVASE CON
 10 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.2331.00] [1] FENAZOPIRIDINA TABLETA (100 MG) ENVASE CON 20
 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 6 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.5941.00] [2] IBUPROFENO (400 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS
 DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL
- [010.000.1911.00] [1] NITROFURANTOINA CÁPSULA (100 MG) ENVASE CON 40
 CÁPSULA DOSIS: 1 CÁPSULA CADA 6 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL



CITA: 19440027
 PACIENTE: MOYA BURROLA GUADALUPE
 SEXO: FEMENINO EDAD: 32a
 FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/1991
 No. AFILIACIÓN: 47018/01
 EXPEDIENTE: 2174-19
 PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
 HUMANOS
 NOMBRE DEL ASEGURADO: MOYA BURROLA GUADALUPE



MÉDICO: HARO VALLES ITZEL ANAI
 ESPECIALIDAD: GENERAL
 CED. PROFESIONAL: 13449535



DRA. ITZEL A. HARO VALLES
 MEDICINA GENERAL
 CÉD. PROF. 13449535
 UACH

Firma:



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: UF672554

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:21:06 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (742,572)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliación: 4701601

La cantidad de SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS 49/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GRAL

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$647.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$647.49

\$647.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$647.49

Haro
Dr. ~~Haro~~

No. 5.

HG DELICIAS
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 AV. RÍO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO

SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA

Fecha Surtimiento
01/10/2024

Paciente:
MOYA BURROLA GUADALUPE

Folio: 153364

Médico:
HARO VALLES ITZEL ANAI

Receta: 9989085

Usuario: GLHERRERA

Clave	Sol.	Surt.	Descripción	Presentación
01000017110000	1	1	ACIDO FOLICO. TABLETAS. CADA TABLETA CONTIENE: ACIDO FOLICO 0.4 MG.	ENVASE 90 TABLETA
01000019110000	1	1	NITROFURANTOINA, CAPSULAS, CADA CAPSULA CONTIENE: NITROFURANTOINA (MACROCRISTALES), 100 MG.	ENVASE 40 CAPSULA
01000023310000	1	1	FENAZOPIRIDINA-TABLETA CADA TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA 100 MG.	ENVASE 20 TABLETA
01000024330000	1	0	BENZONATATO. PERLAS. CADA PERLA CONTIENE: BENZONATATO 100 MG.	ENVASE 20 GRAGEA
01000024710000	2	2	CLORFENAMINA COMPUESTA. TABLETAS, CADA TABLETA CONTIENE: PARACETAMOL 500 MG, CAFEINA 25 MG, CLORHIDRATO DEFENILEFRINA 5 MG, MALEATO DE CLORFENIRAMINA 4 MG.	ENVASE 10 TABLETA
01000053410000	2	2	IBUPROFENO 400 MG 10 TABLETAS	ENVASE 10 TABLETA

34.97
 108.68
 43.50
 56.70
 58.60

 302.45

Guadalupe Moya Burrola.
 6391079132

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627929

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:24:03 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,976)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 48/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de

CONSULTA MEDICINA GRAL

\$346.49

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$346.49 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$346.49

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$346.49

DELICIAS, CHIHUAHUA, 17/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
 ZONA CENTRO AV. RIO CONCHOS PTE # 500
 (639) 470-83-00

RECETA

FOLIO : 10019769
 FECHA CONSULTA: 17/01/2024 09:28:18a. m.
 ATENCIÓN: 17114461



ICHISAL
 INSTITUTO CHIHUAHUENSE
 DE SALUD

DIAGNOSTICOS: Z000 - EXAMEN MEDICO GENERAL [PRINCIPAL],

Tratamiento

[010.000.5506.00] [2] CELECOXIB CÁPSULA (200 MG) ENVASE CON 10 CÁPSULA
 DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 20 DÍAS VIA ORAL



CITA: 19497107
 PACIENTE: MOYA BURROLA GUADALUPE
 SEXO: FEMENINO EDAD: 32a
 FECHA DE NACIMIENTO: 24/11/1991
 No. AFILIACIÓN: 47018/01
 EXPEDIENTE: 2174-19
 PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS
 HUMANOS
 NOMBRE DEL ASEGURADO: MOYA BURROLA GUADALUPE



MÉDICO: ORDAZ XX ANTONIO
 ESPECIALIDAD: GENERAL
 CED. PROFESIONAL: 960570

(Handwritten signature)

Firma:

DR. ANTONIO ORDAZ
 MEDICINA GENERAL

Fecha y hora de Impresión: 17/01/2024 10:02:21a. m

SURTIR EN FARMACIA ICHISAL EXPIRA A LOS TRES DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

UACH

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

Recibo de caja

Recibo: CF627929

Edad: 32 Años, 1 Meses

Hora: 9:24:03 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (788,976)

Paciente: MOYA BURROLA GUADALUPE

No Afiliacion: 47018

La cantidad de TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 49/100 M.N.

RFC: MOBG911124

CURP: MOBG911124MCHYRD07

Por concepto de:

CONSULTA MEDICINA GENERAL		
Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares	Subtotal (sin deducciones) \$346.49
Credito	\$346.49 / \$0.00	Exenciones \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00	Anticipos \$0.00
		Total \$346.49

5
CONS 3

DELICIAS, CHIHUAHUA, 17/ene/2024

Cajero(a): MARTHA MUÑOZ KAREN JANETH

HG DELICIAS
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO
SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA

Fecha Surtimiento
01/17/2024

Paciente:
MOYA BURROLA GUADALUPE

Folio: 154116

Médico:
ORDAZ XX ANTONIO

Receta: 10019769

Usuario: OBACA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>
01000055060000	4	4	CELECOXIB. CAPSULAS. CADA CAPSULA CONTIENE: CELECOXIB 200 MG.

Presentación
ENVASE 10 CAPSULA

2,131.92

Guadalupe Moya Burrola
6391074132.