



# COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS ESTADO DE CHIHUAHUA

Póliza: C01071 Del 10/06/2024

Concepto: F/HGJ-3506 SERVICIO MEDICO VISITADURIA JUAREZ ABRIL 2024

Fecha y hora de Impresión | 11/jun./2024  
10:47 a. m.  
Página | 1

Usu: DianaTrevizo  
Rep: rptPoliza

Beneficiario: **INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD**

**Folio / Cheque : SPEI  
967453**

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	2117-02-0001	RETENCION SERV. MED. ICHISAL	\$159.00		FF., F/HGJ-3506 SERVICIO MEDICO VISITADURIA JUAREZ ABRIL 2024
0002	1112-01-0009	BANAMEX 70165902740 CHIH		\$159.00	FF., F/HGJ-3506 SERVICIO MEDICO VISITADURIA JUAREZ ABRIL 2024
<b>Sumas iguales =&gt;</b>			<u>159.00</u>	<u>159.00</u>	



Lunes 10 de Junio del 2024, 10:59:28 AM 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 **967453**.

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	\$ 159.00
Referencia Numérica	3506
Concepto del pago	SERV MEDICO ICHISAL JZ MARZO HGJ3506
Clave de rastreo	085909674534316243
Tipo de cuenta	CLABE
Tipo de beneficiario	Persona Moral
Fecha de aplicación	Mismo Día
Fecha valor	10/06/2024

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



Usr: Diana Trevizo  
Rep: rptAuxiliarCuentas

# COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS ESTADO DE CHIHUAHUA

Auxiliares de Cuentas del 01/jun./2024 al 07/jun./2024

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

Fecha y hora de Impresión  
07/jun./2024  
12:06 p. m.

Cuenta	Beneficiario	Nombre de la Cuenta	No. Factura	Cheque / Folio	Concepto	Movimientos del Periodo			Saldo Inicial	Saldo	
						Cargos	Abonos	Saldo			
2117-02-0001					RETENCION SERV. MED. ICHISAL	\$0.00	\$0.00	\$100,529.63	\$0.00	\$100,529.63	
<b>Total :</b>						<b>100,529.63</b>	<b>0.00</b>	<b>100,529.63</b>	<b>0.00</b>	<b>100,529.63</b>	



2535/24

OFICIO CEDH: 3.10s.092/2024

Asunto: El que se indique

Cd. Juárez, Chih., a 02 de mayo de 2024

**C.P. RAFAEL VALENZUELA LICÓN**  
**DIRECTOR DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

Por medio de la presente le saludo cordialmente, así mismo me permito solicitar pago de factura HGJ-3506 de Instituto Chihuahuense de Salud (ICHISAL), recibida el día 30 de abril.

FACTURA	SERVICIO	FECHA	IMPORTE
HGJ-3506	Instituto Chihuahuense de Salud	04/04/2024	\$159.00

Sin otro particular de momento, quedando a sus órdenes para resolver cualquier duda y reiterando a usted las seguridades de mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE



**LIC. EDUARDO ANTONIO SAENZ FRÍAS**

VISITADOR TITULAR DE LA COMISIÓN ESTATAL  
DE LOS DERECHOS HUMANOS EN CIUDAD JUÁREZ



Av. de los Insurgentes #4327, Col. Los Nogales  
Juárez, Chihuahua  
Teléfono: 656 251 9750 y 656 251 9751  
[www.cedhchihuahua.org.mx](http://www.cedhchihuahua.org.mx)

375/24  
COMISIÓN ESTATAL DE  
LOS DERECHOS HUMANOS  
30 APR 2024  
VISITADURIA CD. JUÁREZ  
PF 1254



**MEDI  
CHIHUAHUA**

Crédito y Cobranza  
HG/CONTA/152/2024

## Cobranza

FECHA: 17 de abril 2024.

CLIENTE: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Por este conducto le saludamos y deseamos que se encuentre bien, le informamos que revisando nuestras cuentas contables nos arroja un saldo de **\$8,894.76 (Ocho mil ochocientos noventa y cuatro pesos 76/100 M. N.)**

Lo invitamos a realizar el pago a la brevedad posible, recordándole que el Hospital General de Ciudad Juárez es una Institución dedicada a atender los problemas de salud de la población que no cuenta con seguridad social y solo con el apoyo de todos podremos lograr nuestro cometido, por lo anterior gracias por su comprensión.

Dr. Cesar Alberto López Jaime

Director

Lic. David H. Hernández Peñaloza

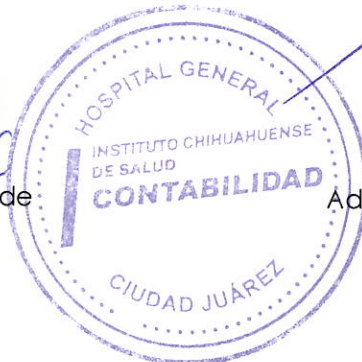
Administrador

C.P. Patricia Sotelo Andrade

Contador

Adriana Hayde Palacios Reta

Crédito & Cobranza





376/24

Crédito y Cobranza

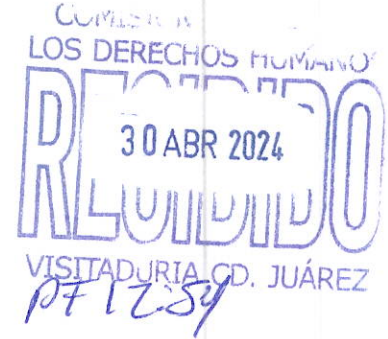
Oficio HG/CONT/135/2024

05 de abril 2024

Comisión Estatal de Derechos Humanos

Av. Insurgentes No. Ext 4327 Los Nogales

Cd Juárez Chihuahua CP 32330



Por este conducto me permito enviar facturación por concepto de atención médica a pacientes de esa dependencia.

FACTURA	CONCEPTO	IMPORTE
HGJ 3506	Servicio Médico abril 2024	\$ 159.00

**Total** \$ 159.00

(Ciento cincuenta y nueve pesos 00/100 M.N)

Sin otro asunto que tratar, quedo de usted.

Atentamente

  
C.P. Patricia Sojelo Andrade  
Contadora del Hospital General





ICHISAL

Folio Fiscal (UUID)	
E9076737-6127-9441-96BB-54688A5B08AE	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	HGJ 3506
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	32300
Forma de Pago	Fecha
99(Por definir)	2024-04-04T13:01:42
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
85101502	SUB01	E48	02	SERVICIO	1.00	\$ 159.00		\$ 159.00
Servicio de Subrogación (farmacia), otorgado durante el periodo del 01 al 31 de marzo del 2024.								



**Total con letra:**  
CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS 00/100.-MXN  
Tipo de Cambio: 1

Subtotal	\$ 159.00
IVA 0.00%	\$ 0.00
<b>Total</b>	<b>\$ 159.00</b>

**Sello digital del Emisor:**

dtzeV6+8P9n7DDoEb5XDIEaVwHlwVwj5iZf6DeauT5eOM8A0TuFcri32cGYKAu3NNG1J+ZajBknh5mgWhgUFlzpgXccqzjZ3+p+YjZlpsIAj5e6ox5CGyBI374imBUXHvzG+gNn9/n7o2S/Qx1lg3lzyFE0Qb79Hxby5baD7gECsKrmPOQmdoYkZyzzPRBa8LHNzxrwaTCMFjiMeAcn4CUO+id0Tt8NRzVqTdkfF8fzuMDoUn0gJkDAemky/ZT+8BM2FyIXB4MUNK0g5zaELbM4FsAoPzD4aRN8DNwLFqto/6C7KjtU0IIFE3qz2WbD5zopwhoHg5R4MvD5v+cgA==

**Sello digital del SAT:**

kxROYMqxQ9039HV4neOr/rY+84U2hOg1HoNKC7bdowQwza+k9WtpZJVIR91cn/gPqLOQdJ26MqRdZO07QCZxhJeaG12Kjf4RaXW4BsGSUpH/8L9RoFuKNJhW0KD5yFKDOZrwWhO/DgE3GIQ+v9plFCqgZoME9912SPmy+LmjMZDYmX2Bw1WMk6xr1W5TK8j5W7TM8dz80JGy+pROFt2k9fekwar9fV8JguzcdNLHzi1T2lhnKECEUI0pwOgjRdy4Ai7wpVJYf3TtZv9wQIYBiBG8ICt5IBTA00O0muX84N50+AYutVAnHfn12mWlzPGQgJCD3S2BHOgDhUdw==

**Cadena Original del Complemento del SAT:**

||1.1|E9076737-6127-9441-96BB-54688A5B08AE|2024-04-04T13:02:58|SCD110105654|dtzeV6+8P9n7DDoEb5XDIEaVwHlwVwj5iZf6DeauT5eOM8A0TuFcri32cGYKAu3NNG1J+ZajBknh5mgWhgUFlzpgXccqzjZ3+p+YjZlpsIAj5e6ox5CGyBI374imBUXHvzG+gNn9/n7o2S/Qx1lg3lzyFE0Qb79Hxby5baD7gECsKrmPOQmdoYkZyzzPRBa8LHNzxrwaTCMFjiMeAcn4CUO+id0Tt8NRzVqTdkfF8fzuMDoUn0gJkDAemky/ZT+8BM2FyIXB4MUNK0g5zaELbM4FsAoPzD4aRN8DNwLFqto/6C7KjtU0IIFE3qz2WbD5zopwhoHg5R4MvD5v+cgA=||00001000000702501858||

<b>Certificado del Emisor:</b>	00001000000510602404	<b>Fecha y Hora de Certificación:</b>	2024-04-04T13:02:58
<b>Certificado SAT:</b>	00001000000702501858	<b>Proveedor de Certificación:</b>	SCD110105654

This XML file does not appear to have any style information associated with it. The document tree is shown below.

```
<cfdi:Comprobante xmlns:cfdi="http://www.sat.gob.mx/cfd/4" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" Version="4.0" Serie="HGJ"
Folio="3506" Fecha="2024-04-04T13:01:42"
Sello="dtzeV6+8P9n7DDoEb5XDIeAvHlwVwj5iZF6DeauT5eOM8A0TuFcri32cGYKAu3NNG1J+ZajBknh5mgWhgUf1zpgXccqzjZ3+p+YjZlpsIAj5e6ox5CGyB1374imBUXHvzG+gNn9/n7o2
FormaPago="99" NoCertificado="00001000000510602404"
Certificado="MIIGITCCBAmgAwIBAgIUMDAwMDEwMDAwMDA1MTA2MDI0MDQwDQYJKoZIhvcNAQELBQAwggGEMSAwHgYDVQQDBdBVVRPUK1EQUQgQ0VSVE1GSUNBRE9SQTEuMCAwGA1UECgw1U0V
SubTotal="159.00" Moneda="MXN" TipoCambio="1" Total="159.00" TipoDeComprobante="I" Exportacion="01" MetodoPago="PPD" LugarExpedicion="32300"
xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/cfd/4 http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/4/cfdv40.xsd">
  <cfdi:Emisor Rfc="ICS8708256C8" Nombre="INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD" RegimenFiscal="603"/>
  <cfdi:Receptor Rfc="CED920927MP5" Nombre="COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS" DomicilioFiscalReceptor="31020" RegimenFiscalReceptor="603"
UsoCFDI="G03"/>
  <cfdi:Conceptos>
    <cfdi:Concepto ClaveProdServ="85101502" NoIdentificacion="SUB01" Cantidad="1" ClaveUnidad="E48" Unidad="SERVICIO" Descripcion="Servicio de
Subrogación (farmacia), otorgado durante el periodo del 01 al 31 de marzo del 2024. " ValorUnitario="159.00" Importe="159.00" ObjetoImp="02">
      <cfdi:Impuestos>
        <cfdi:Traslados>
          <cfdi:Traslado Base="159.00" Impuesto="002" TipoFactor="Tasa" TasaOCuota="0.000000" Importe="0.00"/>
        </cfdi:Traslados>
      </cfdi:Impuestos>
    </cfdi:Concepto>
  </cfdi:Conceptos>
  <cfdi:Impuestos TotalImpuestosTrasladados="0">
    <cfdi:Traslados>
      <cfdi:Traslado Base="159.00" Impuesto="002" TipoFactor="Tasa" TasaOCuota="0.000000" Importe="0.00"/>
    </cfdi:Traslados>
  </cfdi:Impuestos>
  <cfdi:Complemento>
    <tfd:TimbreFiscalDigital xmlns:tfd="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital
http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/TimbreFiscalDigital/TimbreFiscalDigitalv11.xsd" Version="1.1" UUID="E9076737-6127-9441-96BB-
54688A5B08AE" FechaTimbrado="2024-04-04T13:02:58" RfcProvCertif="SCD110105654"
SelloCFD="dtzeV6+8P9n7DDoEb5XDIeAvHlwVwj5iZF6DeauT5eOM8A0TuFcri32cGYKAu3NNG1J+ZajBknh5mgWhgUf1zpgXccqzjZ3+p+YjZlpsIAj5e6ox5CGyB1374imBUXHvzG+gNr
NoCertificadoSAT="00001000000702501858"
SelloSAT="kkxROYMqxQ9039HV4neOr//rY+84U2h0g1HoNKC7bdowQwza+k9WtpZJVIR91cn/gPqLQOqdJ26MqRdZ007QCZxhJeaG12Kjf4RaXw4BsGSUpH/8L9RoFuKNJhW0KD5yFKDOZrv
  </cfdi:Complemento>
</cfdi:Comprobante>
```



**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
E9076737-6127-9441-96BB-54688A5B08AE	2024-04-04T13:01:42	2024-04-04T13:02:58	SCD110105654
Total del CFDI	Efecto del comprobante	Estado CFDI	Estatus de cancelación
\$159.00	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación

Imprimir

**HG JUÁREZ**  
Detalle del paquete de cobranza

CLIENTE COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS  
NÚMERO DE PAQUETE 72475  
FECHA DE ENVIO 04/04/2024 12:00:00a. r  
FECHA DE PAGO 04/04/2024 12:00:00a. r

Fecha	Documento	Folio	Nombre del paciente	# Afiliación	Monto crédito
<b>CAJA URGENCIAS</b>					
08/03/2024	FACTURA	RU69838	MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO CAROLINA	6190601	159.00
Total De CAJA URGENCIAS					\$159.00
<b>GRAN TOTAL</b>					<b>\$159.00</b>

  
**C.P. DAVID HERNANDEZ PEÑALOZA**

Administrador General

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD

H3 JUÁREZ

Recibo de caja

Recibo: RU88838

Edad: 34 Años, 10 Meses

Hora: 8:49:17 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHOHABIENTE

Externo (925,443)

Paciente: MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO CAROLINA

No Afiliacion: 8190601

La cantidad de CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS 00/100 M.N.

RFC: MARR890421

CURP:

Por concepto de:

SUBROGACION MEDICAMENTOS

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$159.00 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)	\$159.00
Exenciones	\$0.00
Anticipos	\$0.00
<b>Total</b>	<b>\$159.00</b>

JUÁREZ, CHIHUAHUA., 8/mar/2024

Cajero(a): LEYVA TORRES SORAYA



Reporte Detallado de Dependencias Des-Centralizadas  
HOSPITAL GENERAL DE JUAREZ

Del: 29/02/2024

Al: 29/02/2024

Fecha del reporte

01-mar.-2024

099 COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

# Rec.	N. Afilia.	Nombre	Edad	Fecha	Total receta
144301	61906/01	MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO CAROLINA	34 AÑOS	29/02/2024	\$159.52
					<b>\$159.52</b>

HG JUÁREZ  
HG JUÁREZ

16 DE SEPTIEMBRE NO. 2401 OTE. COL. MARGARITAS

SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA

Fecha Surtimiento  
02/29/2024

Paciente:  
MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO CAROLINA


Médico:  
MOJICA NAVARRETE IVAN

Folio: 144301

Receta: 10213506

Usuario: ALHERRERA

Clave	Sol.	Surt.	Descripción	Presentación
01000019390000	2	2	CEFALEXINA, TABLETAS O CAPSULAS. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: CEFALEXINA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG. DE CEFALEXINA	CAJA 20 TABLETA
01000034220000	1	1	KETOROLACO TROMETAMINA. SOLUCION INYECTABLE. CADA FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CONTIENE: KETOROLACO TROMETAMINA 30 MG. ENVASE CON 3 FRASCOS AMPULA O 3 AMPOLLETAS, DE 1 ML.	CAJA 3 AMPOLLETA
01000042410000	1	1	DEXAMETASONA, SOLUCION INYECTABLE, 8 MILIGRAMOS / 2 MILILITROS, FRASCO AMPULA O AMPOLLETA CON 2 MILILITROS.	ENVASE 1 ENVASE
01000043300000	1	1	MONTELUKAST. COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: MONTELUKAST SODICO EQUIVALENTE A 10.0 MG DE MONTELUKAST.	ENVASE 30 CAPSULA
01000059410000	2	2	IBUPROFENO 400 MG 10 TABLETAS	ENVASE 10 TABLETA

Rocio Carolina Martinez R  


6566006484



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD

HG JUÁREZ

COL. MARGARITAS 16 DE SEPTIEMBRE NO. 2401

OTE.  
(656) 173-07-00

# RECETA

FOLIO : 10213506

FECHA CONSULTA: 29/02/2024 09:21:14a. m.

ATENCIÓN: 17472152



DIAGNOSTICOS: J020 - FARINGITIS ESTREPTOCOCCICA [PRINCIPAL],

## Tratamiento

[010.000.1939.00] [2] CEFALEXINA TABLETA O CÁPSULA (500 MG) ENVASE CON 20 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL

[010.000.4241.00] [1] DEXAMETASONA SOLUCIÓN INYECTABLE (8 MG/2 ML) ENVASE CON FRASCO AMPULA DOSIS: 1 FRASCO AMPULA CADA 24 HORA POR 1 DÍA VIA INYECTABLE

[010.000.5941.00] [2] IBUPROFENO (400 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL

[010.000.3422.00] [1] KETOROLACO SOLUCIÓN INYECTABLE (30 MG) ENVASE CON 3 FRASCO AMPULA DOSIS: 1 AMPOLLETA CADA 24 HORA POR 1 DÍA VIA INYECTABLE

[010.000.4330.00] [1] MONTELUKAST COMPRIMIDO RECUBIERTO (10 MG) ENVASE CON 30 COMPRIMIDO DOSIS: 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORA POR 10 DÍAS VIA ORAL



CITA: 19849377

PACIENTE: MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO CAROLINA

SEXO: FEMENINO EDAD: 34a

FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/1989

No. AFILIACIÓN: 61906/01

EXPEDIENTE: 2313-19

PROCEDENCIA: COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS

HUMANOS

NOMBRE DEL ASEGURADO: MARTINEZ RODRIGUEZ ROCIO

CAROLINA



MÉDICO: MOJICA NAVARRETE IVAN

ESPECIALIDAD: GENERAL

CED. PROFESIONAL: 12304137

Firma:

Mojica Navarrete Ivan  
Médico General  
Céd. Profesional: 12304137

Fecha y hora de Impresión: 29/02/2024 09:28:40a. m

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