



Usr: DianaTrevizo  
Rep: rptPoliza

## COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS ESTADO DE CHIHUAHUA

Póliza: C00595 Del 12/05/2020

Fecha y hora de Impresión | 21/may./2020  
12:59 p. m.  
Página | 1

Concepto: F/OC1768 Y HDR627 SERVICIO MEDICO EMPLEADOS CHIH Y DELICIAS MARZO 2020. GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66

Beneficiario: **INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD**

Folio / Cheque : SPEI

No	Cuenta	Descripción de la cuenta	Cargo	Abono	Concepto del movimiento
0001	8240-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$15,750.87		GC
0002	8240-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$14,981.59		GC
0003	8220-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$15,750.87	GC
0004	8220-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$14,981.59	GC
0005	8250-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$15,750.87		GD Folio: 69
0006	8250-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$14,981.59		GD Folio: 69
0007	8240-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$15,750.87	GD Folio: 69
0008	8240-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$14,981.59	GD Folio: 69
0009	5114-1411	Aportaciones de seguridad social	\$15,750.87		GD Folio: 69
0010	5114-1411	Aportaciones de seguridad social	\$14,981.59		GD Folio: 69
0011	2111-4-1411	Aportaciones de seguridad social		\$15,750.87	GD Folio: 69
0012	2111-4-1411	Aportaciones de seguridad social		\$14,981.59	GD Folio: 69
0013	8260-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$15,750.87		GE
0014	8260-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$14,981.59		GE
0015	8250-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$15,750.87	GE
0016	8250-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$14,981.59	GE
0017	8270-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$15,750.87		GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
0018	8270-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.	\$14,981.59		GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
0019	8260-522820-C0101-18-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$15,750.87	GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
0020	8260-522820-C0101-20-1411-1	Aportaciones de seguridad social G.		\$14,981.59	GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
0021	2111-4-1411	Aportaciones de seguridad social	\$30,732.46		GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
0022	1112-01-0001	BANAMEX 3513213 PPAL.		\$30,732.46	GP Directo 69 INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, Pago: 66
<b>Sumas iguales =&gt;</b>			184,394.76	184,394.76	



Martes 12 de Mayo de 2020, 8:40 PM Centro de México

<b>Otras cuentas</b>		
<b>Cliente</b>	73562443	
<b>Razón Social</b>	COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUM	
Por Aplicar = Su operación ha sido enviada al banco destino.		
<b>Capturista</b>	<b>Usuario 07</b>	PERLA I,RIVERA/O
<b>Autorizadores</b>	<b>Usuario 07</b> <b>Usuario 08</b>	PERLA I,RIVERA/O NESTOR,ARMENDARIZ/LOYA
<b>Cuentas</b>	<b>Cuenta retiro</b>	
	COMISION ESTATAL DE DERECH - 934 / 3513213	
	<b>Cuenta/CLABE Destino</b>	
	BBVA BANCOMER - 012150004441030683	
<b>Datos de la transferencia</b>	<b>Importe MXN</b>	\$ 30,732.46
	<b>Fecha valor</b>	12/05/2020
	<b>Fecha de aplicación</b>	Mismo Día
	<b>Número de referencia</b>	120520
	<b>Concepto del pago</b>	SERV MEDICO EMPLEADOS
	<b>Número de Autorización</b>	224469
	<b>Autorización remota</b>	La autorización remota debe realizarse antes de la fecha y hora programada.

Chihuahua Chih., a 27 de Abril del 2020.

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


**AT'N. C. P. PEDRO ANTONIO QUINTANAR ROHANA**  
**JEFE 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.

<b>COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS</b>			
<b>Unidad Hospitalaria</b>	<b>Núm. Factura</b>	<b>Fecha</b>	<b>Importe</b>
OFICINAS CENTRALES	OC-1768	03/04/2020	\$15,750.87
HOSPITAL REGIONAL DELICIAS	HRD-627	03/04/2020	\$14,981.59
<b>Total</b>			<b>\$30,732.46</b>

Agradeciéndole de antemano su atención quedo de usted.

**Atentamente.-**



Karla Grisel Alonso Reaza  
Dpto. de Contabilidad / Encargada del Área de Ingresos ICHISAL  
Instituto Chihuahuense de Salud

KGAR/mli\*

*"2020, POR UN NUEVO FEDERALISMO FISCAL, JUSTO Y EQUITATIVO" 2020, AÑO DE LA SANIDAD VEGETAL"*



ICHISAL

Folio Fiscal (UUID)	
bedc4bb4-811a-4856-98fd-5999d71a7bf9	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	OC 1768
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	31000
Forma de Pago	Fecha
99 (Por definir)	2020-04-03T15:03:09
Confirmación	Tipo de Relación

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)

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Unidad	Cantidad	P. Unitario	Descuento	Importe
85121600	CONSULTA01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 270.00		\$ 270.00
SERVICIO MÉDICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2020							
85121900	MED01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 15,480.87		\$ 15,480.87
MEDICAMENTO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2020							

	<b>Total con letra:</b> QUINCE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS 87/100.-MXN Tipo de Cambio: 1	Subtotal	\$ 15,750.87
		IVA 0.00%	\$ 0.00
		<b>Total</b>	<b>\$ 15,750.87</b>

**Sello digital del Emisor:**

ckGipqgKIXMNdB7WLrysEb3L+iuZaE3VKnsRunHITvY/aKLZGk1HMGqcCoGV5WnptORQGXdOdDsS12GYbf0ZpCf2UFO0m7BL5D7HebtzNVmxygrGibrV25Zsuqgs7Ri6WMGed uYuFHM59EC85RiysYjsbvSJOFUL3qXCoc3VcA4+ERYrtmTuGqnmDzNpylZvpGxbx45iaCsjv9xEczFGmProtV7OBYhhEtYV0wX9ZYnSC2wg4Xb5vUrCH4KGRG8HTISATHEyC /RbzB7kSr+FN8Fij2WrP0QB62fCsmlaWKCijYQqhEVbJ6eatlC9QXlplpAzOYNM81ZyiE7oh5A==

**Sello digital del SAT:**

FvCZUlx9FPvCfPMwJbECbloXTcuxG+12KwEAL77yivAER0Td3xCWGaXG4ztT7Yj0fPCKxZxL0SiCPyEi11LEcXn/WURwnpVkcC4tfuR/wFt9usJ/n8JlofHPvJ30EI9vLY/W3M62wAOIj OnNCb4agjqzqC4bb2+LNHhaRUJxD0ONhi2eSISHZdG4PkvHDGVCe666XHh834Y8XQqYAI+gxKh+ofy3nPuoTfu3CBuPp5aMav6iWbLfxrzjBX6CuQ5ePrHvvsGHRbbGequt4agbU8Zk wwoE0uGj/PRwtVIVpMr89k34vrb29wymMg9uWjw/mxdumxWC1wMh6KNF1w==

**Cadena Original del Complemento del SAT:**

||1.1|bedc4bb4-811a-4856-98fd-5999d71a7bf9|2020-04-03T16:03:09|CFA110411FW5|ckGipqgKIXMNdB7WLrysEb3L+iuZaE3VKnsRunHITvY/aKLZGk1HMGqcCoGV5WnptORQGXdOdDsS12GYbf0ZpCf2UFO0m7BL5D7HebtzNVmxygrGibrV25Zsuqgs7Ri6WMGeduYuFHM59EC85RiysYjsbvSJOFUL3qXCoc3VcA4+ERYrtmTuGqnmDzNpylZvpGxbx45iaCsjv9xEczFGmProtV7OBYhhEtYV0wX9ZYnSC2wg4Xb5vUrCH4KGRG8HTISATHEyC/RbzB7kSr+FN8Fij2WrP0QB62fCsmlaWKCijYQqhEVbJ6eatlC9QXlplpAzOYNM81ZyiE7oh5A==|00001000000407908743|

**Certificado del Emisor:** 00001000000408924314  
**Certificado SAT:** 00001000000407908743

**Fecha y Hora de Certificación:** 2020-04-03T16:03:09  
**Proveedor de Certificación:** CFA110411FW5



# REPORTE DESGLOSE POR DEPENDENCIA

Fecha de Impresión: 02/04/2020

Hora: 10:37:54a. m.



## DEPENDENCIA:

COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Factura	Fólio	Fecha	Paciente	Servicio	Costo
HG1983	373131	13/02/2020	34020/01-SERRANO RODRIGUEZ TANIA GUADALUPE	SUBR. OFTALMOLOGIA	\$270.00
				<b>Total:</b>	<b>270.00</b>

099 COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS			EDAD	Fecha del reporte	02-Apr-2020
# Rec.	N. Afilia.	Nombre	Edad	Fecha	Total receta
36999	500201	SEGURA SERRATOS MARIA DEL PILAR	54 AÑOS	18/03/2020	126.81
29720	500201	SEGURA SERRATOS MARIA DEL PILAR	54 AÑOS	02/03/2020	434.70
35668	1716301	PORRAS PEREZ LUIS RAUL	46 AÑOS	13/03/2020	25.89
34218	2920501	CHAZARO CHAVEZ LINDA SARAHÍ	35 AÑOS	11/03/2020	45.57
35627	2923201	DANIEL OLIVAS SAGID	35 AÑOS	13/03/2020	3,880.93
31552	3402001	SERRANO RODRIGUEZ TANIA GUADALUPE	42 AÑOS	04/03/2020	217.19
29653	1772901	MURILLO CHANEZ EVER ALBERTO	44 AÑOS	02/03/2020	499.77
29652	1772901	MURILLO CHANEZ EVER ALBERTO	44 AÑOS	02/03/2020	266.76
33013	1772901	MURILLO CHANEZ EVER ALBERTO	44 AÑOS	09/03/2020	211.33
33193	4302901	REYES TORRES ROGELIO	49 AÑOS	09/03/2020	87.08
31379	4301101	REY JIMENEZ ROSALIA	37 AÑOS	04/03/2020	17.06
35827	4301101	REY JIMENEZ ROSALIA	37 AÑOS	13/03/2020	227.22
34807	5664901	VALENZUELA LICON RAFAEL	70 AÑOS	12/03/2020	19.04
35824	6311501	DURAN MORAN YAMILLE VIANEY	35 AÑOS	13/03/2020	118.56
33855	6311501	DURAN MORAN YAMILLE VIANEY	35 AÑOS	10/03/2020	213.31
33040	6235201	MUNGUÍA PIMENTEL CARLOS EDUARDO	50 AÑOS	09/03/2020	253.36
31997	6944701	CUEVAS RUIZ MAGALY SOCORRO	29 AÑOS	05/03/2020	199.23
37747	1166802	NEVAREZ RUBIO NORMA MICAELA	51 AÑOS	19/03/2020	1,833.31
33456	1166802	NEVAREZ RUBIO NORMA MICAELA	51 AÑOS	10/03/2020	138.38
37745	1166802	NEVAREZ RUBIO NORMA MICAELA	51 AÑOS	19/03/2020	308.02
32961	449302	REALYVAZQUEZ ARREOLA NORMA LUZ	72 AÑOS	09/03/2020	482.09
36139	1942702	CORONA ESTRADA VALERIA FABIOLA	40 AÑOS	17/03/2020	586.01
37086	4301105	CHAVEZ REY SARAHÍ	12 AÑOS	18/03/2020	120.15
39436	4302902	RAMIREZ RAMIREZ MARIA DEL REFUGIO	45 AÑOS	23/03/2020	166.46
39437	4302902	RAMIREZ RAMIREZ MARIA DEL REFUGIO	45 AÑOS	23/03/2020	138.05
37087	4301106	CHAVEZ REY ANAHI	12 AÑOS	18/03/2020	414.69



# INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD

## Reporte detallado de dependencias Des-Centralizadas

Del: 01/03/2020

Al: 31/03/2020



ICHISAL

			<u>EDAD</u>	Fecha del reporte	02-Apr-2020
36227	4301106	CHAVEZ REY ANAHI	12 AÑOS	17/03/2020	31.82
32213	4807405	MARTINEZ BURROLA OMAR ALEJANDRO	8 AÑOS	05/03/2020	804.35
35828	4301107	CHAVEZ REY PAUL EDUARDO	5 AÑOS	13/03/2020	26.78
34806	5664902	CHAVEZ VASQUEZ LETICIA	68 AÑOS	12/03/2020	536.24
34816	5664902	CHAVEZ VASQUEZ LETICIA	68 AÑOS	12/03/2020	196.56
35853	5664902	CHAVEZ VASQUEZ LETICIA	68 AÑOS	13/03/2020	40.59
35855	5664902	CHAVEZ VASQUEZ LETICIA	68 AÑOS	13/03/2020	368.22
31551	3402007	PEREZ SERRANO IAN JOSE	3 AÑOS	04/03/2020	224.94
35339	6575905	RODRIGUEZ ORTEGA ANA VICTORIA	3 AÑOS	13/03/2020	604.83
32860	6575905	RODRIGUEZ ORTEGA ANA VICTORIA	3 AÑOS	06/03/2020	196.07
35823	6311505	GUTIERREZ DURAN YOSELIN KARELY	15 AÑOS	13/03/2020	69.70
41347	6307305	GARCIA ORTEGA JAVIER HUMBERTO	0 AÑOS	27/03/2020	634.31
39794	6307305	GARCIA ORTEGA JAVIER HUMBERTO	0 AÑOS	24/03/2020	715.50
<hr/> <hr/>					<b>15,480.87</b>



ICHISAL

**Emisor**

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

**Folio Fiscal (LUUID)**

fc075f1-a71c-43c6-92e9-038d1dea482c

**Método de Pago**

PPD (Pago en parcialidades o diferido)

**Factura**

HRD 627

**Condiciones de Pago**

**Lugar de Expedición**

33000

**Forma de Pago**

99(Por definir)

**Fecha**

2020-04-03T14:53:15

**Confirmación**

**Tipo de Relación**

**Receptor**

COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS  
CED920927MP5  
Uso CFDI: G03(Gastos en genera)

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Unidad	Cantidad	P. Unitario	Descuento	Importe
85101501	HOSP01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 1,539.00		\$ 1,539.00
SERVIVIO MEDICO DE HOSPITAL EN AREA DE URGENCIAS CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2020							
85121600	CONSULTA01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 788.00		\$ 788.00
SERVICIO MÉDICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2020							
85121808	X01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 2,460.00		\$ 2,460.00
RAYOS X							
85121800	LAB01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 1,730.00		\$ 1,730.00
LABORATORIO							
85101501	HOSP01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 107.29		\$ 107.29
SERVICIO MEDICO DE HOSPITAL EN AREA DE CURACIONES							
85121900	MED01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 8,357.30		\$ 8,357.30
MEDICAMENTO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2020							



Total con letra:  
CATORCE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UNO PESOS 59/100.-MXN  
Tipo de Cambio: 1

Subtotal \$ 14,981.59  
IVA 0.00% \$0.00

**Total \$ 14,981.59**

**Sello digital del Emisor:**

TxWiBSC0a44JjOT6zjOV+5SxfKmmmed0nP3mrKprU39bhpwWOMm4Xlhf/tajXRyE1XzpCGeyBT5SHaV+pNQ6SSZ4d6QkhOCyWK+T3025j0ghsrVlyNop+0Vmsj4b1SDgKptCnWFJxUCOkFp53nKmJ71VIn1FiGoS978qEQ2GTC57ruJf6DKuT+na4lkH0JPLg+1trNHxIMc69N1HuBZjGTzqZ2pgKosHm8sgnTAXVauZBPUOqEUdFPwaTr9B2ptSS5QFfDz9dk3Nz9t19GR5GwykgPtvE5CRb75J4tCSUv7WVYfMECE3+ylPdeCo0y5DA5nW2W6xAyCgaFL+TMw==

**Sello digital del SAT:**

i/d6Yse13XHS/DoWrtnOVm4Nly3bJkxDAsa3uk6vb+xsM81YfV0TqZkMpEq1xWkVcaNv2rGdm7DD6nONNQgy6DDyN3vPEhRMQ2iTo1MiwmDfIkV38+/KCCjebzmal3eKnZTk9/x0ht5GMHgHpR/LsTRFEKfT880hSc0/ysi7ByDDPSuvWYVGYHfb00laJwyU/2GlsVpmw5TIMuHyHL2KQOXfYpnpFy30j2XjainJcF3eSLnvAkFJdijrtGNQ7Ttk+jqPU9X/lvli4Qj9+OFqYkCV3GfSVFvL4HJOK4/pRvjN0d9d/oOsZ47W6CtY4c2VvwhMkbaik1VNIK84lnw==

**Cadena Original del Complemento del SAT:**

||1.1|fc075f1-a71c-43c6-92e9-038d1dea482c|2020-04-03T15:53:15|CFA110411FW5|TxWiBSC0a44JjOT6zjOV+5SxfKmmmed0nP3mrKprU39bhpwWOMm4Xlhf/tajXRyE1XzpCGeyBT5SHaV+pNQ6SSZ4d6QkhOCyWK+T3025j0ghsrVlyNop+0Vmsj4b1SDgKptCnWFJxUCOkFp53nKmJ71VIn1FiGoS978qEQ2GTC57ruJf6DKuT+na4lkH0JPLg+1trNHxIMc69N1HuBZjGTzqZ2pgKosHm8sgnTAXVauZBPUOqEUdFPwaTr9B2ptSS5QFfDz9dk3Nz9t19GR5GwykgPtvE5CRb75J4tCSUv7WVYfMECE3+ylPdeCo0y5DA5nW2W6xAyCgaFL+TMw==|00001000000407908743||

Certificado del Emisor: 00001000000408924314

Fecha y Hora de Certificación: 2020-04-03T15:53:15

Certificado SAT: 00001000000407908743

Proveedor de Certificación: CFA110411FW5



www.paxfacturacion.com/

Este documento es una representación impresa de un CFDI



<b>RFC del emisor</b>	<b>Nombre o razón social del emisor</b>	<b>RFC del receptor</b>	<b>Nombre o razón social del receptor</b>
ICS8708256C8	INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD	CED920927MP5	COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
<b>Folio fiscal</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Fecha certificación SAT</b>	<b>PAC que certificó</b>
FCB075F1-A71C- 43C6-92E9- 038D1DEA482C	2020-04- 03T14:53:15	2020-04- 03T15:53:15	CFA110411FW5
<b>Total del CFDI</b>	<b>Efecto del comprobante</b>	<b>Estado CFDI</b>	<b>Estatus de cancelación</b>
\$14,981.59	Ingreso	Vigente	Cancelable sin aceptación



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



**CEDH - MARZO 2020**  
CD DELICIAS CHIH A 02 ABRIL 2020

HRD: RELACION DE PACIENTES INTERNOS Y EXTERNOS ATENDIDOS

Cuenta	Nombre	Empresa	Factura	urgencias	especialista	rx	laboratorio	curacion	medicamento	total	fecha	Tipo paciente
658176	CRUZ TERRAZAS NORMA ARACELI	CEDH	CF543412			\$ 1,036.00				\$ 1,036.00	12/03/2020	CAJA Externo
650055	CRUZ TERRAZAS NORMA ARACELI	CEDH	CF543393	\$ 251.00					\$ 389.19	\$ 640.19	12/03/2020	CAJA Externo
658662	DOMINGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADA	CEDH	CF543746			\$ 628.00	\$ 1,481.00			\$ 2,109.00	17/03/2020	CAJA Externo
603009	DOMINGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADA	CEDH	CF543732	\$ 251.00					\$ 979.95	\$ 1,230.95	17/03/2020	CAJA Externo
656632	JIMENEZ MATA JORGE	CEDH	CF542297	\$ 251.00					\$ 563.67	\$ 814.67	03/03/2020	CAJA Externo
357707	MATA CARDENAS RAYMUNDO	CEDH	UF560151	\$ 284.00		\$ 796.00	\$ 249.00	\$ 107.29	\$ 357.10	\$ 1,793.39	08/03/2020	URGE Interno
409567	MATA CARDENAS RAYMUNDO	CEDH	CF543583		\$ 394.00					\$ 394.00	13/03/2020	CAJA Externo
652155	MORELOS VARELA JOSE ALEJANDRO	CEDH	CF542215	\$ 251.00					\$ 4,274.15	\$ 4,525.15	03/03/2020	CAJA Externo
656707	MOYA BURROLA GUADALUPE	CEDH	CF542324	\$ 251.00					\$ 1,793.24	\$ 2,044.24	04/03/2020	CAJA Externo
646785	MOYA BURROLA GUADALUPE	CEDH	CF542359		\$ 394.00					\$ 394.00	04/03/2020	CAJA Externo
Total				\$ 1,539.00	\$ 788.00	\$ 2,460.00	\$ 1,730.00	\$ 107.29	\$ 8,357.30	\$ 14,981.59		

ENTREGA

ING APOLINAR QUINTANA TARANGO  
ADMINISTRADOR

**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
ESTADO DE CUENTA

Número paciente	223570	Cuenta	658176	Tipo	Externo	FECHA	03/04/2020	HORA	02:12:29 p.m.
Paciente	CRUZ TERRAZAS NORMA ARACELI			Admisión/Egreso	12/mar/2020 16:35			12/mar/2020 00:00	
Empresa	COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS			Facturas	CF543412				

Número	Concepto	Descripción	Cantidad	Precio	Importe
(F)0	SERVICIOS A	SONOGRAFIA DE MAMA	1	\$1,036.00	\$1,036.00
<b>Total cuenta</b>				<b>\$1,036.00</b>	

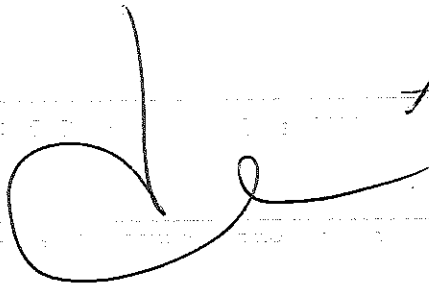
Impresión 03/abr/2020 14:12

rptPvEstadoCuentaExt.rpt

Página 1 de 1

#3

4:00 P.

A large, stylized handwritten mark or signature, possibly a name, written in black ink. It features a large, sweeping loop on the left side and a long, horizontal stroke extending to the right.

Aracoff

Chihuahua

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



RECETA

(01/12/2020 15:20:09) CONSULTA EXTERNA

FECHA DE CONSULTA 12/03/2020	UNIDAD MEDICA HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS	EXPEDIENTE: 4721-19	ATENCIÓN: 9388167	FOLIO RECETA: 5425110
NOMBRE DEL PACIENTE CRUZ TERRAZAS NORMA ARACELI		SEXO FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO 11/28/1995 EDAD 24a	No. AFILIACION 65820/01
NOMBRE DEL ASEGURADO CRUZ TERRAZAS NORMA ARACELI		PROCEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		
NOMBRE DEL MEDICO: ALANIS VELA JOSE ARMANDO		ESPECIALIDAD GENERAL	CEDULA PROFESIONAL 626691	
DIAGNOSTICOS: J60X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] [PRINCIPAL], N600 - QUISTE SOLITARIO DE LA MAMA,				

MEDICAMENTO(S)

- [2] CEFALEXINA TABLETA O CÁPSULA (500 MG) ENVASE CON 20 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 8 DÍAS VIA ORAL
- [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
- [2] DEXTROMETORFANO JARABE (0 300 MG/100 ML) ENVASE CON 60 MILILITRO DOSIS: 10 MILILITRO CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS VIA ORAL
- [2] IBUPROFENO (400 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 5 DÍAS VIA ORAL

CITA: 11292268

SURTIR EN FARMACIA ICHISAL  
EXPIRA A LOS TRES DIAS HABILES DE  
LA FECHA DE EXPEDICION



5425110

*Dr. José Armando Alanis Vela*  
  
 D.G.P. 626691  
 S.S.A. 75498

MÉDICO: ALANIS VELA JOSE ARMANDO  
CEDULA: 626691

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO

**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

<b>Fecha Surtimiento</b> 03/12/2020	<b>Paciente:</b> CRUZ TERRAZAS NORMAARACELI	<b>Folio:</b> 38398
	<b>Médico:</b> ALANIS VELA JOSE ARMANDO	<b>Receta:</b> 5425110
		<b>Usuario:</b> ROHERRERA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
1000019390000	2	2	CEFALEXINA-TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: CEFALEXINA MONOHIDRATADA EQUIVALENTE A 500 MG DE CEFALEXINA.	CAJA 20 TABLETA
1000021610001	2	2	DEXTROMETORFANO, JARABE. CA-DA 5 ML CONTIENE 10MG. 1 FRASCO CON 120 ML.	FRASCO 1 FRASCO
1000024710000	2	2	CLORFENAMINA COMPUESTA-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE PARACETAMOL 500 MG. CAFEINA 25 MG. CLORHIDRATO DE FENILEFRINA 5 MG. MALEATO DE CLORFENAMINA 4 MG.	ENVASE 10 TABLETA
1000059410000	2	2	IBUPROFENO 400 MG-TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE IBUPROFENO 400 MG.	CAJA 1 CAJA

\$ 105.30

547.55

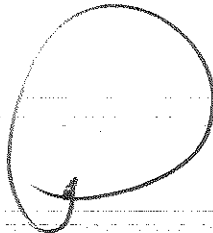
59.40

176.99

\$ 389.19

Norma Araceli Cruz Terrazas.

Claudia Dominguez




INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO DELICIAS, CHIHUAHUA (639) 470-83-00

Chihuahua

SOLICITUD DE SERVICIO

FECHA DE CONSULTA 17/03/2020	UNIDAD MEDICA /CONSULTORIO HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A	ATENCIÓN:9416211	EXPEIDIENTE:2813-19	FOLIO 0009416211
NOMBRE DEL PACIENTE DOMÍNGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE		FECHA DE NACIMIENTO 14/11/1987	EDAD 32a	Nº. AFILIACIÓN 6261791
NOMBRE DEL TRABAJADOR DOMÍNGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE		PROCEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		
NOMBRE DEL MEDICO: ALÁNIS VELA JOSE ARMANDO		ESPECIALIDAD GENERAL	CEDULA PROFESIONAL 626691	
DIAGNOSTICO: K589 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA [PRINCIPAL], M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO,				
SERVICIO: ANALISIS CLINICOS				
REACCIONES FEBRILES COPROLOGICO EXAMEN GENERAL DE ORINA BIOMETRIA HEMATICA PERFIL DE LIPIDOS QUÍMICA SANGUINEA				
 MEDICO:ALANIS VELA JOSE ARMANDO CEDULA:626691				

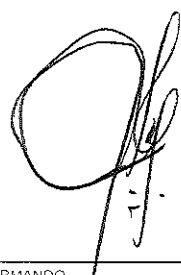


INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO DELICIAS, CHIHUAHUA (639) 470-83-00

CHIHUAHUA

SOLICITUD DE SERVICIO


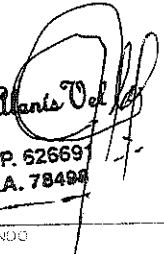
FECHA DE CONSULTA 17/03/2020	UNIDAD MEDICA / CONSULTORIO HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS / S/A	ATENCIÓN: 9416211	EXPEDIENTE: 2813-19	FOLIO 0009416211
NOMBRE DEL PACIENTE DOMÍNGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE		FECHA DE NACIMIENTO 14/11/1987	EDAD 32a	No. AFILIACIÓN 65617/01
NOMBRE DEL TRABAJADOR DOMÍNGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE		PROCEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		
NOMBRE DEL MEDICO ALANIS VELA JOSE ARMANDO		ESPECIALIDAD GENERAL	CEDULA PROFESIONAL 626691	
DIAGNOSTICO: K589 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA [PRINCIPAL], M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO,				
SERVICIO: ESTUDIOS DE GABINETE				
COLUMNA LUMBOSACRA A.P. Y LATERAL				
				
MEDICO: ALANIS VELA JOSE ARMANDO CEDULA: 626691				



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
 HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 7 CINA CENTRO DELICIAS, CHIHUAHUA (659) 470-83-00

Chihuahua

RECETA

FECHA DE CONSULTA 17/03/2020	UNIDAD MÉDICA HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS	EXPEDIENTE: 2813-19	ATENCIÓN: 9416211	FOLIO RECETA : 5440634
NOMBRE DEL PACIENTE DOMINGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE	SEXO FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO 11/14/1987	EDAD 32a	NO. CÉDULA PRO: 65817/01
NOMBRE DEL ASEGURADO DOMINGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE	PRECEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS			
NOMBRE DEL MÉDICO: ALANIS VELA JOSE ARMANDO	ESPECIALIDAD GENERAL	CÉDULA PROFESIONAL 626691		
DIAGNÓSTICOS: K59 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA (PRINCIPAL), M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO.				
MEDICAMENTOS				
[1] BUTILHIOSCINA GRAGEA (10 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL [1] ESOMEPRAZOL TABLETA (40 MG) ENVASE CON 14 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 14 DÍAS VIA ORAL [1] KETOROLACO TABLETA (10 MG) ENVASE CON 10 TABLETA DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL [1] NAPROXENO-CANISOPRODOL CAPSULAS (250 MG/200MG) ENVASE CON 30 CÁPSULA DOSIS: 1 CÁPSULA CADA 8 HORAS POR 10 DÍAS VIA ORAL. NOTA: TOMARLO JUNTO CON LOS ALIMENTOS				
CITA: 11322597		 5410634		
SURTIR EN FARMACIA ICIIISAL EXPIRA A LOS TRES DIAS HABILES DE LA FECHA DE EXPEDICION		Dr. José Armando Alanis Vela  D.G.P. 626691 S.S.A. 78498 MÉDICO: ALANIS VELA JOSE ARMANDO CÉDULA: 626691		

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO  
**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

<b>Fecha Surto</b> 03/17/2020	<b>Paciente:</b> DOMINGUEZ ORTEGA CLAUDIA GUADALUPE	<b>Folio:</b> 38869
	<b>Médico:</b> ALANIS VELA JOSE ARMANDO	<b>Receta:</b> 5440634
		<b>Usuario:</b> ROHERRERA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
1000012060000	1	1	BUTILHIOSCINA O HIOSCINA-GRAGEA O TABLETA. CADA GRAGEA O TABLETA CONTIENE: BUTILHIOSCINA O BUTILBROMURO DE HIOSCINA 10 MG.	ENVASE 10 GRAGEA
1000051880000	1	1	ESOMEPRAZOL -TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: ESOMEPRAZOL MAGNESICO TRIHIDRATADO EQUIVALENTE A 40 MG. DE ESOMEPRAZOL.	ENVASE 14 TABLETA
1022200810000	1	1	KETOROLACO -TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: KETOROLACO DE 10 MG	CAJA 10 TABLETA
1022204080000	1	1	NAPROXENO-CARISOPRODOL -CAPSULA. CADA CAPSULA CONTIENE: NAPROXENO-CARISOPRODOL 250 MG/ 200MG	ENVASE 30 CAPSULA

\$45.59  
 \$897.27  
 \$37.09  
 \$979.95

*R*

*Claudia Dominguez*

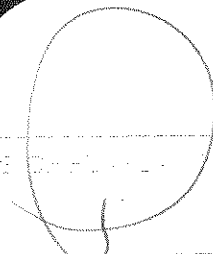
UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
Washington, D. C. 20535

TO : SAC, NEW YORK  
FROM : SAC, NEW YORK  
SUBJECT: [Illegible]

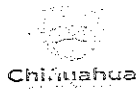
DATE: [Illegible]  
TIME: [Illegible]

NAME	ROOM	STATUS	DATE
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]

#4  
6:15 P.



Jorge Jimenez





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



RECETA

(03/03/2020 18:08:27) CONSULTA EXTERNA

FECHA DE CONSULTA 03/03/2020	UNIDAD MÉDICA HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS	EXPEDIENTE: 4839-15	ATENCIÓN: 9312113	FOLIO RECETA : 5377431
NOMBRE DEL PACIENTE JIMENEZ MATA JORGE	SEXO MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO 09/02/2002	EDAD 17a	No. AFILIACION 39134/06
NOMBRE DEL ASEGURADO JIMENEZ ARROYO JORGE	PROCEDECENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS			
NOMBRE DEL MEDICO: ORTEGA TORRES ARTURO	ESPECIALIDAD GENERAL	CEDULA PROFESIONAL 538269		
DIAGNOSTICOS: L020 - ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE LA CARA [PRINCIPAL].				
MEDICAMENTO(S)				
[4] CIPROFLOXACINO CÁPSULA O TABLETA (250 MG) ENVASE CON 8 CÁPSULA DOSIS: 2 TABLETA CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS VIA ORAL				
[1] IBUPROFENO (400 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL				
CITA: 11210079 SURTIR EN FARMACIA ICHISAL EXPIRA A LOS TRES DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE EXPEDICION		 		
		MÉDICO: ORTEGA TORRES ARTURO CEDULA: 538269		

5377431

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO  
**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

<b>Fecha Surtimiento</b> 03/03/2020	<b>Paciente:</b> JIMENEZ MATA JORGE	<b>Folio:</b> 37194
	<b>Médico:</b> ORTEGA TORRES ARTURO	<b>Receta:</b> 5377431
		<b>Usuario:</b> ROHERRERA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
1000042550000	4	4	CIPROFLOXACINO-CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 250 MG DE CIPROFLOXACINO.	ENVASE 1 ENVASE
1000059410000	1	1	IBUPROFENO 400 MG-TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: IBUPROFENO 400 MG.	CAJA 1 CAJA

\$475.20  
 \$ 88.47  


---

 \$ 563.67

*[Handwritten signature/initials]*

Jorge Jimenez

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO98

Recibo de caja

Recibo: UF560/51 Edad: 37 Años, 0 Meses

Hora: 12:05:09 am

Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo paciente: DERECHO HABIENTE Interno (357,707)

Paciente: MATA CARDENAS RAYMUNDO

No Afiliacion: 8108901

La cantidad de UN MIL QUINIENTOS DIECIOCHO PESOS 17/100 M.N.

RFC: MACR880218

CURP: 120417/01

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)	\$240.00
MATERIAL DE CURACION	\$107.29
MEDICAMENTOS	\$81.88
SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (IMAGENOLOGIA)	\$786.00
CONSULTA URGENCIAS	\$239.00

Formas de pago (Incluyen anticipos)	Pesos / Dolares
Credito	\$1,518.17 / \$0.00
Efectivo	\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)	\$1,518.17
Exenciones	\$0.00
Anticipos	\$0.00
<b>Total</b>	<b>\$1,518.17</b>

DELICIAS, CHIHUAHUA, 9/mar/2020

Cajero(a): GARCIA LOPEZ CLAUDIA

*Claudia* Medicamentos  
\$ 81.88  
\$ 786.00  
\$ 357.10





[C\_NOMBRE]



MATA CARDENAS, RAYMUNDO  
[ ]\_fecha\_crea[ ]

LABORATORIO Y RAYOS X

USE DE SALUD

DELICIAS  
O CHIHUAHUA DELICIAS  
CLUES:CHSSA001026



ICHISAL

NO. ORDEN:549484

FECHA Y HORA IMPRESION:08/03/2020 20:01:31

FECHA INGRESO: 08/03/2020 19:34:06

PACIENTE:

TIPO CONVENIO:

RAYMUNDO MATA CARDENAS

DEPENDENCIAS

CUENTA: 357707

[18/02/1983]/37AÑOS 0 MESES 19 DIAS

EMPRESA:

EXPEDIENTE: 381474

GÉNERO: MASCULINO

COMISION ESTATAL DE DERECHOS  
HUMANOS

AFILIACION:POBLACION ABIERTA [81089/01]  
CURP:MACR830218HCHTRYZZ

MÉDICO ADSCRITO:MIRAMONTES RIVERA JHOANA LILIANA  
CEDULA: 5994429 [GENERAL, URGENCIAS]

REGISTRA:MIRAMONTES RIVERA JHOANA LILIANA  
CEDULA: 5994429 [GENERAL, URGENCIAS]

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:[PRINCIPAL] K580 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA

PESO (KG): 93, TALLA (ALTURA) CM.: 176, I.M.C. (KG / ALTURA^2): 30.02, TEMPERATURA (°C): 37, TENSION SISTOLICA: 120, TENSION DIASTOLICA: 80,  
TENSION ARTERIAL MEDIA: 93, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20, FRECUENCIA CARDIACA: 80, HORA DE TOMA: 19:45, RCC (RELACION CINTURA CADERA): 0.00  
REGISTRADO POR JMIRAMONTES [URGENCIAS] - FECHA/HORA: 08/03/2020 19:45:31

URGENCIAS OBSERV URG C6 (93) MEDICO:MIRAMONTES RIVERA JHOANA LILIANA [GENERAL, URGENCIAS]

AMILASA:

OBSERVACIONES:NINGUNA

BIOMETRIA HEMATICA:

OBSERVACIONES:NINGUNA

MÉDICO ADSCRITO:MIRAMONTES RIVERA JHOANA LILIANA  
CEDULA: 5994429 [GENERAL, URGENCIAS]

REGISTRA:MIRAMONTES RIVERA JHOANA LILIANA  
CEDULA: 5994429 [GENERAL, URGENCIAS]



# INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS  
AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ,ZONA CENTRO CHIHUAHUA DELICIAS  
JURISDICCION: JURISDICCION 1 (Chihuahua) CLUES: CHSSA001026



## LABORATORIO Y RAYOS X

NO. ORDEN: 549555

FECHA Y HORA IMPRESION: 08/03/2020 21:47:39

FECHA INGRESO: 08/03/2020 19:34:06

PACIENTE:

TIPO CONVENIO:

RAYMUNDO MATA CARDENAS

DEPENDENCIAS

CUENTA: 357707

[18/02/1983]/37 AÑOS 0 MESES 19 DIAS

EMPRESA:

EXPEDIENTE: 381474

GÉNERO: MASCULINO

COMISION ESTATAL DE DERECHOS

HUMANOS

AFILIACION: POBLACION ABIERTA [81089/01]

CURP: MACR830218HCHTRYZZ

MÉDICO ADSCRITO: RONQUILLO GARCIA SERGIO A.

CEDULA: 195/2018 [GENERAL, URGENCIAS]

REGISTRA: RONQUILLO GARCIA SERGIO A.

CEDULA: 195/2018 [GENERAL, URGENCIAS]

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: [PRINCIPAL] K580 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA

PESO (KG): 93, TALLA (ALTURA) CM.: 176, I.M.C. (KG / ALTURA^2): 30.02, TEMPERATURA (°C): 37, TENSION SISTÓLICA: 120, TENSION DIASTÓLICA: 80, TENSION ARTERIAL MEDIA: 93, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20, FRECUENCIA CARDIACA: 80, HORA DE TOMA: 19:45, RCC (RELACION CINTURA CADERA): 0.00  
REGISTRADO POR JMIRAMONTES [URGENCIAS] - FECHA/HORA: 08/03/2020 19:45:31

URGENCIAS OBSERV URG C6 (93) MEDICO: RONQUILLO GARCIA SERGIO A. [GENERAL, URGENCIAS]

ABDOMEN A.P. EN DE CUBITO:

OBSERVACIONES: NINGUNA

ABDOMEN A.P. DE PIE:

OBSERVACIONES: NINGUNA

MÉDICO ADSCRITO: RONQUILLO GARCIA SERGIO A.

CEDULA: 195/2018 [GENERAL, URGENCIAS]

CURP: ROGS880212HCHNRR01  
MÉDICO GENERAL  
CED. PROV. 195/2018

REGISTRA: RONQUILLO GARCIA SERGIO A.

CEDULA: 195/2018 [GENERAL, URGENCIAS]

CURP: ROGS880212HCHNRR01





Chihuahua  
GOBIERNO DEL ESTADO

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS

AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO DELICIAS, CHIHUAHUA (639) 470-83-00



ICHISAL

RECETA

FECHA Y HORA 08/03/2020 23:56	FECHA DE INGRESO / SALA / CAMA 03/08/2020 / URGENCIAS / OBSERV URG C6 (93)	EXPEDIENTE: 18386-16	CUENTA: 357707	FOLIO RECETA: 11-357707-1
NOMBRE DEL PACIENTE / TIPO DE PACIENTE MATA CARDENAS RAYMUNDO / POBLACION ABIERTA	SEXO MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO 02/18/1983	EDAD 37a	No. AFILIACION 81089/01
DIAGNÓSTICOS: [PRINCIPAL] K580 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA <i>comision estatal de</i>				
NOMBRE DEL MÉDICO QUE GENERA LA RECETA: RONQUILLO GARCIA SERGIO A.		ESPECIALIDAD GENERAL		
		CEDULA PROFESIONAL 195/2018		

MEDICAMENTO(S)

[01000001080000] METAMIZOL SODICO 500 MG-COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: METAMIZOL SODICO 500 MG. ENVASE CON 10 CAPSULA DOSIS: 1 CADA 8 HORA POR 5 DÍAS

[010000051860501] OMEPRAZOL DE 20 MG. TABLETA O GRAGEA O CAPSULA. CAJA CON 14 TABLETA DOSIS: 1 CADA 24 HORA POR 14 DÍAS EN AYUNO

[01000012100100] PINAVERIO-TABLETA . CADA TABLETA CONTIENE: BROMURO DE PINAVERIO 100 MG. ENVASE CON 28 TABLETA DOSIS: 1 CADA 8 HORA POR 5 DÍAS



11-357707-1

DR. SERGIO A. GARCIA R. GONZALEZ  
MEDICO GENERAL  
CED. PROV. 195/2018



FIRMA DEL MEDICO Y SELLO

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO  
**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

<b>Fecha Surtimiento</b> 03/09/2020	<b>Paciente:</b> MATA CARDENAS RAYMUNDO	<b>Folio:</b> 37938
	<b>Médico:</b> RONQUILLO GARCIA SERGIO A.	<b>Receta:</b> 11-357707-1
		<b>Usuario:</b> FPALICIO

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
01000001080000	1	1	METAMIZOL SODICO 500 MG-COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: METAMIZOL SODICO 500 MG.	ENVASE 10 CAPSULA
01000012100100	1	0	PINAVERIO-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: BROMURO DE PINAVERIO 100 MG.	ENVASE 28 TABLETA
01000051860501	1	1	OMEPRAZOL DE 20 MG. TABLETA O GRAGEA O CAPSULA.	CAJA 14 TABLETA

\$190.31

\$84.91

\$275.22

Francisco

Josés Raymundo Mata C.

Handwritten signature or initials, possibly "A.H."

Handwritten mark, possibly a stylized "Q" or a large circle with a tail.

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE DELIAS, SINDO 88

Recibo de 988

Horas: 10:24:58 am

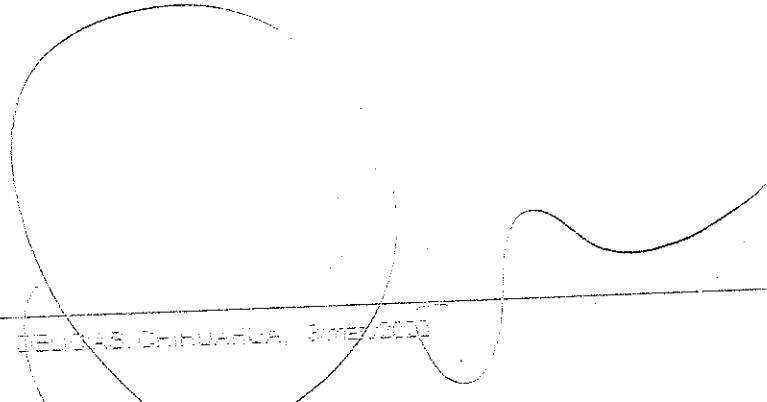
Region: CHH20218 Edad: 24 Años, 9 Meses  
 Empresa: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS  
 Tipocadena: DERECHAHABIENTE Empresa: 1892166  
 Paciente: MORELOS MARELA JOSE ALEJANDRO  
 La cantidad es: DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON CINCO MIL.  
 RFC: VOM4281115 CURP: MOW45117HCHRRLL2

No Afiliacion: 9884801

Por concepto de:		8251.00
CONSULTA MEDICINA GRAL		
SubTotal (sin deducciones)		8251.00
Exenciones		50.00
Anticipos		50.00
Total		8251.00

Formas de pago (Incluyen anticipos)	Pesos / Dólares
Credito	8251.00 / 50.00
Efectivo	50.00 / 50.00





DELIAS, CHIHUAHUA, 21 MEZ / 2008

Cargos: BARRON GARCIA SYLVIA PATRICIA



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



RECETA

(06/03/2020 12:45:50) CONSULTA EXTERNA

FECHA DE CONSULTA 03/03/2020	UNIDAD MEDICA HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS	EXPEDIENTE: 6604-19	ATENCIÓN: 9308710	FOLIO RECETA: 5374452
NOMBRE DEL PACIENTE MORELOS VARELA JOSE ALEJANDRO		SEXO MASCULINO	FECHA DE NACIMIENTO 11/16/1995 EDAD 24a	No. AFILIACION 65843/01
NOMBRE DEL ASEGURADO MORELOS VARELA JOSE ALEJANDRO		PROCEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS		
NOMBRE DEL MÉDICO: CHAVIRA CHAVEZ RAFAEL.		ESPECIALIDAD GENERAL	CEDULA PROFESIONAL 876096	
DIAGNOSTICOS: J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] [PRINCIPAL].				

MEDICAMENTO(S)

- [4] CIPROFLOXACINO CÁPSULA O TABLETA (250 MG) ENVASE CON 8 CÁPSULA DOSIS: 2 TABLETA CADA 12 HORAS POR 8 DÍAS VIA ORAL
- [2] FEXOFENADINA COMPRIMIDO (120 MG) ENVASE CON 10 COMPRIMIDO DOSIS: 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORA POR 15 DÍAS VIA ORAL
- [1] IBUPROFENO (400 MG) ENVASE CON 10 TABLETAS DOSIS: 1 GRAGEA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL
- [1] MONTELUKAST COMPRIMIDO RECUBIERTO (10 MG) ENVASE CON 30 COMPRIMIDO DOSIS: 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORA POR 30 DÍAS VIA ORAL
- [1] SALBUTAMOL SUSPENSIÓN EN AEROSOL (100µG/DOSIS) ENVASE CON 200 DOSIS DOSIS: 2 DOSIS CADA 12 HORAS POR 30 DÍAS VIA INHALACION ORAL
- [1] SALMETEROL - FLUTICASONA SUSPENSIÓN EN AEROSOL (25 µG/50 µG/DOSIS) ENVASE CON 120 DOSIS DOSIS: 2 DOSIS CADA 12 HORAS POR 30 DÍAS VIA INHALACION ORAL

CITA: 11205831

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



5374452

MÉDICO: CHAVIRA CHAVEZ RAFAEL.  
CEDULA: 876096

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO  
**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

<b>Fecha Surtimiento:</b> 03/03/2020	<b>Paciente:</b> MORELOS VARELA JOSE ALEJANDRO	<b>Folio:</b> 37123
	<b>Médico:</b> CHAVIRA CHAVEZ RAFAEL.	<b>Receta:</b> 5374452
		<b>Usuario:</b> OBACA

Clave	Sol.	Surt.	Descripción	Presentación
01000004290000	1	1	SALBUTAMOL-SUSPENSION EN AEROSOL. CADA INHALADOR CONTIENE: SALBUTAMOL 20 MG. O SULFATO DE SALBUTAMOL EQUIVALENTE A 20 MG DE SALBUTAMOL	FRASCO 1 FRASCO
01000004430000	1	1	SALMETEROL, XINAFOATO DE - PROPIONATO DE FLUTICASONA DE 25 µG/50 µG/DOSIS. SUSPENSION EN AEROSOL, ENVASE CON 120 DOSIS Y DISPOSITIVO INHALADOR.	ENVASE 1 ENVASE
01000031450000	2	2	FEXOFENADINA 120 MG-COMPRIMIDO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: CLORHIDRATO DE FEXOFENADINA 120 MG.	ENVASE 10 CAPSULA
01000042550000	4	4	CIPROFLOXACINO-CAPSULA O TABLETA. CADA CAPSULA O TABLETA CONTIENE: CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATADO EQUIVALENTE A 250 MG DE CIPROFLOXACINO.	ENVASE 1 ENVASE
01000043300000	1	1	MONTELUKAST 10 MG-COMPRIMIDO RECUBIERTO. CADA COMPRIMIDO CONTIENE: MONTELUKAST SODICO EQUIVALENTE A 10 MG DE MONTELUKAST.	ENVASE 30 CAPSULA
01000059410000	1	1	IBUPROFENO 400 MG-TABLETA O CAPSULA. CADA TABLETA O CAPSULA CONTIENE: IBUPROFENO 400 MG.	CAJA 1 CAJA

*Handwritten notes:*  
 TH13.10  
 \$ 1492.43  
 \$ 261.90  
 \$ 523.50  
 \$ 1494.45  
 \$ 88.47  
 \$ 4274.15

*Handwritten signature:* José Alejandro Morelos Varela.

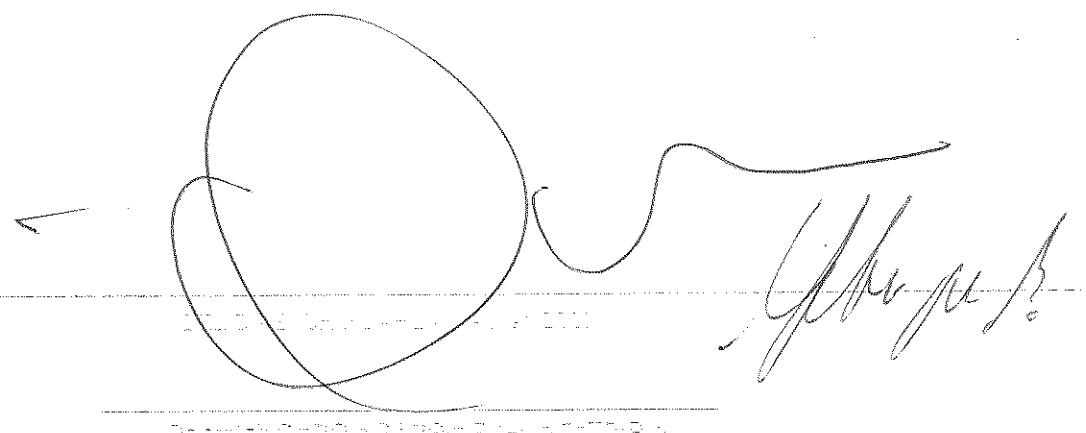


TO: DIRECTOR, BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
FROM: [Illegible]  
SUBJECT: [Illegible]

#4  
10.15

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT

Temp 37  
Pso 79K  
Tawa 164  
+ A 120/70




Chihuahua

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



RECETA

(03/04/2020 10:21:57) CONSULTA EXTERNA

FECHA DE CONSULTA 04/03/2020	UNIDAD MEDICA HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS	EXPEDIENTE: 2174-19	ATENCIÓN: 9314415	FOLIO RECETA: 5379641
NOMBRE DEL PACIENTE MOYA BURROLA GUADALUPE	SEXO FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO 11/24/1991	EDAD 28a	No. AFILIACION 47018/01
NOMBRE DEL ASEGURADO MOYA BURROLA GUADALUPE	PROCEDENCIA COMISION ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS			
NOMBRE DEL MÉDICO: HERNANDEZ MACIAS SERGIO RENE	ESPECIALIDAD GENERAL		CEDULA PROFESIONAL 2663833	
DIAGNOSTICOS: J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA, K589 - SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA (PRINCIPAL).				
MEDICAMENTO(S)				
[3] ALVERINA/SIMETICONA CAPSULAS (60MG/300MG) ENVASE CON 20 CÁPSULA DOSIS: 1 CÁPSULA CADA 12 HORA POR 30 DÍAS VIA ORAL				
[1] LEVOCETIRIZINA TABLETA (5 MG) ENVASE CON 20 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 10 DÍAS VIA ORAL				
[1] LEVOFLOXACINO TABLETA (500 MG) ENVASE CON 7 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 24 HORA POR 7 DÍAS VIA ORAL				
[1] NAPROXENO TABLETA (250 MG) ENVASE CON 30 TABLETAS DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL				
[1] PARACETAMOL TABLETA (500 MG) ENVASE CON 10 TABLETA DOSIS: 1 TABLETA CADA 8 HORA POR 3 DÍAS VIA ORAL				
<b>DR. SERGIO HERNANDEZ MACIAS</b> MEDICO GENERAL SED. P.R. 201333				
				
CITA: 11212338 SURTIR EN FARMACIA ICHISAL EXPIRA A LOS TRES DIAS HÁBILES DE LA FECHA DE EXPEDICION		MÉDICO:HERNANDEZ MACIAS SERGIO RENE CEDULA:2663833		
5379641				

**HG DELICIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, SIHO36**  
 AV. RIO CONCHOS PTE # 500 ZONA CENTRO  
**SURTIMIENTO DE RECETA MEDICA**

**Fecha Surtimiento**  
03/04/2020

**Paciente:**  
MOYA BURROLA GUADALUPE

**Folio:** 37273

**Médico:**  
HERNANDEZ MACIAS SERGIO RENE

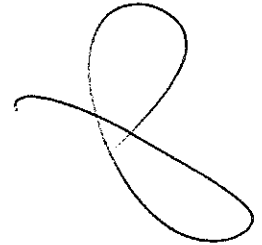
**Receta:** 5379641

**Usuario:** PEGARCIA

<u>Clave</u>	<u>Sol.</u>	<u>Surt.</u>	<u>Descripción</u>	<u>Presentación</u>
1000001040000	1	1	PARACETAMOL 500 MG-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: PARACETAMOL 500 MG.	ENVASE 10 TABLETA
1000031500000	1	1	LEVOCETIRIZINA-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: DICLORHIDRATO DE LEVOCETIRIZINA 5 MG.	ENVASE 20 TABLETA
1000034070000	1	1	NAPROXENO-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: NAPROXENO 250 MG.	ENVASE 30 TABLETA
1000042990000	1	1	LEVOFLOXACINO 500 MG-TABLETA. CADA TABLETA CONTIENE: LEVOFLOXACINO HEMIHIDRATADO EQUIVALENTE A 500 MG DE LEVOFLOXACINO.	ENVASE 7 TABLETA
1022200860000	3	3	ALVERINA-SIMETICONA -CAPSULA. CADA CAPSULA CONTIENE: ALVERINA/SIMETICONA 60MG/300MG	ENVASE 20 CAPSULA

\$ 25.65  
 \$ 156.40  
 \$ 37.09  
 \$ 727.65  
 \$ 846.45  
 -----  
 \$ 1793.24

Guadalupe Moya Burrola.



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE DELICIAS, B.H.O.S.

Región de salud

Reg. n: DFEA2653 Edad: 25 Años, 9 Meses

Hora: 10:54:18 am

Emp. Leg: COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

Tipo de caso: DERECHO HABIENTE Examen: 048.786,

Paciente: NOVA SUFREOLA GUADALUPE

No. Ampliación: 4701801

La cantidad de TRESIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS 00/100 M.N.

RFC: NOB891102A

CURP: NOB891102CHNRO07

Por concepto de:

CONSULTA ESPECIALISTA

\$394.00

Formas de pago (incluyen anticipos)	Pesos / Dólares
Credito	\$394.00 / 100.00
Efectivo	\$0.00 / 00.00

Sub Total (sin deducciones)

\$394.00

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$394.00

DELICIAS, CHIHUAHUA, a 11 de marzo de 2020

Cajero(a): GARCIA GARCIA SYLVIA PATRICIA