



DEPENDENCIA: PRESIDENCIA MUNICIPAL

FECHA: LUNES 21 DE AGOSTO DEL 2017
#VALORI:

DSM/C/INT/0032

OFICIO DE COMISION

NOMBRE(S) YOLANDA ANGELES MONTES
ADSCRIPCION: RASTRO MUNICIPAL
PUESTO: SECRETARUA
MOTIVO DE LA COMISION: ACUDIR A CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD AL HOSPITAL SIGLO XXI DEL IMSS

DESTINO DEL ENCARGO O COMISION		
PAIS	ESTADO	CIUDAD
MEX	HGO	TULA

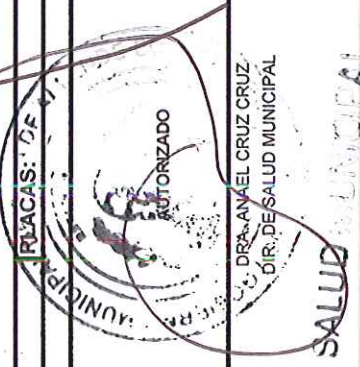
DESTINO DEL ENCARGO O COMISION		
PAIS	ESTADO	CIUDAD
MEX	HGO	MEXICO

FECHA DE SALIDA: 21 DE AGOSTO 2017 FECHA DE REGRESO: 21 DE AGOSTO DEL 2017

TIPO DE VIATICOS: ANTICIPADOS: DEVENGADOS: _____

VEHICULO OFICIAL AUTORIZADO: NO. ECO. _____

COMBUSTIBLE: LITROS: _____



RASTRO MUNICIPAL

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

SELLO(S) DE LAS DEPENDENCIA VISITADAS

INFORME DE LA COMISION, DONDE SE VALEN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, LOS RESULTADOS OBTENIDOS, LA CONTRIBUCIONES A LA INSTITUCION Y LAS CONCLUSIONES

Consulta por desprendimiento de retina.



DUBLICADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO STALO X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

DELEGACIÓN 13
UNIDAD OS

JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS ORDINACION DE
TARJETA DE CONTROL PARA PAGO DE VIÁTICOS ASISTENTES MEDICOS

Nombre del enfermo ANGÉLES MONTES YOLANDA

No. Afiliación 5984 04 2882 de 1964 CRO

Unidad de adscripción UMF NO 05 SAN MARCOS Asegurado () Beneficiario Delegación TOLUA HIDALGO

HOSPITAL ESPECIALIDAD CMN SA SERVICIO OPHTALMOLOGIA

CITA A CONSULTA EXT.	SE PRESENTO		HOSPITALIZACIÓN		AMERITA ACOMPANANTE		OBSERVACIONES	MÉDICO TRATANTE		
	FECHA	HORA	SI	NO	FECHA	CAMA		SI	NO	FIRMA
16-Junio-14	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
18-Junio-14	20:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
24-Mar-14	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
17-Feb-14	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
11-Mar-14	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
12-Septiembre-13	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
17-Mar-14	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

DELEGACIÓN _____
UNIDAD _____

JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS
TARJETA DE CONTROL PARA PAGO DE VIÁTICOS

Nombre del enfermo _____

No. Afiliación _____

Unidad de adscripción _____

Asegurado () Beneficiario _____

Delegación _____

HOSPITAL _____

SERVICIO _____

CITA A CONSULTA EXT.	SE PRESENTO		HOSPITALIZACIÓN		AMERITA ACOMPANANTE		OBSERVACIONES	MÉDICO TRATANTE		
	FECHA	HORA	SI	NO	FECHA	CAMA		SI	NO	FIRMA
21-Dic-15	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
13-Febrero-2017	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
15-Mayo-2017	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
15-Mayo-2017	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994
13-Septiembre-17	8:00 hrs	Dr. Manroy	SI	NO	31 Sept	308	SI	NO	Manroy	7994