



AUTORIZACIÓN DE VIÁTICOS POR TRASLADO MÉDICO

ZONA DE ADSCRIPCIÓN: SUMINISTRO BASICO AGENCIA TICUL

FOLIO DE TP/01:3330502291

TRABAJADOR: MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES

RPE: 9EMFJ

PACIENTE: MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES

NSS: 84957636974

CIUDAD DE DESTINO: MERIDA

FECHA: 08-05-2023

UNIDAD MÉDICA DE LA CITA: UDD DE CANCER DE MAMA

HORA: 14:00

ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE SE ENVIA: MASTOGRAFIAS

DESCRIPCION	CANTIDAD	MONTO	PACIENTE	ACOMPAÑANTE	TOTAL
VIÁTICOS C.F. E					
VIÁTICOS C.F. E					
ALIMENTOS - DESAYUNO					
ALIMENTOS - COMIDA	1	\$257.00	X		\$257.00

VIÁTICOS Y TRANSPORTES PAGADOS POR EL IMSS PACIENTE Y ACOMPAÑANTE

TOTAL

SOLICITA

MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES

FIRMA INTERESADO/SUTERM

Vo,Bo

LIC. KARINTZI IXTA BRICEÑO

FIRMA RESPONSABLE DE NÓMINA Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA DIVISIÓN

AUTORIZA

CP. OSCAR COJUH LOEZA

FIRMA RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS DIVNAL



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MEDICOS

TRASLADO DE PACIENTES QUE GENERAN GASTOS DE PASAJES Y VIATICOS

CUENTA 4206 1601

FOLIO N 3330502291

FECHA: 2023-05-02 13:08:41

STP: SISTEMA DE TRASLADO DE PACIENTES

TP-01/94

I. UNIDAD DE ADSCRIPCION

UNIDAD UMF 054 TICUL Yucatan

LOCALIDAD TICUL

DELEGACION Yucatan CLAVE PRESUP 332408200905

ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE SE ENVIA
MASTOGRAFIAS

ARCHIVO DEL ENVIO: 01 02 03 11 12 21 22 23 31

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA Unidad de Deteccion y Diagnostico de Cáncer de Mama

LOCALIDAD MERIDA

DELEGACION Yucatan



3330502291

MARTIN FLORES MARIA DEL CARMEN

8495763697

IF1976OR

CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA

II. CARACTERISTICAS DE ENVIO

TIPO: LOCAL SUBURBANO ORDINARIA URGENTE

REQUIERE COMPAÑANTE NO

FECHA DE EMISIÓN 2023-05-08 HORA 14:00

AUTORIZADO POR DR ERNESTO MARTIN PANTI TREJO

III. VIGENCIA DE DERECHOS

SELO Y FIRMA

5. UNIDAD DE CONCENTRACION QUE RECIBE AL PACIENTE QUE REQUIERE ENVIAR A OTRA UNIDAD

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA LOCALIDAD

DELEGACION / ESPECIALIDAD O SERVICIO

NOTIVO DEL ENVIO: 01 02 03 11 12 21 22 23 31 SUBURBANO ORDINARIO URGENTE

LOCALIDAD DE ENVIO FECHA AUTORIZACION

6. TRANSPORTI AUTORIZADO

6.1 AL ENVIAR AL PACIENTE

TRANSPORTE: [1 día]
Autobus con pago en Efectivo
VIAJE: REDONDO

6.2 AL REGRESAR A SU UNIDAD DE ADSCRIPCION

AMBULANCIA: IMSS SUBURBANO OTRO
PASAJE: AVION AUTOCBUS OTROS
VIAJE: SENCILLO

7. LIQUIDACION Placas: Num. Vehiculo: Num Boleto:

7.1 UNIDAD QUE ENVIA

	PACIENTE	ACOMPANANTE	TOTAL
VIATICO	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
PASAJE	\$ 108.00	\$ 0.00	\$ 108.00
TOTAL	\$ 108.00	\$ 0.00	\$ 108.00

Nombre del Paciente: *Marta del C. Martin Flores*
Numero de Seguro: *088 303 158 9104*

7.2 UNIDAD QUE RECIBE

	PACIENTE	ACOMPANANTE	TOTAL
VIATICO			
PASAJE			
TOTAL			

Nombre del Paciente: *Marta del C. Martin Flores*
Numero de Seguro: *088 303 158 9104*



Suministrador de
Servicios Básicos

División Procurador, Gerencia Comercial
Administración y Recursos Humanos

INFORME DE ACTIVIDADES POR TRASLADO MÉDICO

DATOS GENERALES	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES
RPE	9EMFJ
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	84957636974
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	84957636974
MOTIVO Y FECHA DEL TRASLADO MEDICO	MASTOGRAFIAS 08-05-2023 HORA DE LA CITA 14:00 PM
CENTRO DE TRABAJO	SUMINISTRO BASICO AGENCIA TICUL
RESUMEN DE ACTIVIDADES	
DIA:	08 DE MAYO DE 2023
SALIDA DE LA OFICINA 10:00 AM, LLEGADA A LA CLINICA 12:30 PM (YA QUE LA CLINICA SOLICITA ESTAR PRESENTE UN AHORA ANTES DE LA CITA , PARA TRAMITES ADMINISTRATIVOS) , HORA DE ATENCION 15:50	
DIA:	

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENA EL FORMATO

MARIA DEL CARMEN MARTIN FLORES