



Hospital Regional de Alta Especialidad
de la Península de Yucatán



REFERENCIAS

29 ABR 2024

H. AYUNTAMIENTO DE
FELIPE CARRILLO PUERTO
2021 - 2024

ENLANCE MEDICO

DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL

REFERENCIA: DIRECCION GENERAL

Nº DE OFICIO: SMDIF/DGDIF/IV/2024/ 0739

BR. SAMUEL ENRIQUE CHAN VALDEZ
AUXILIAR
P R E S E N T E:

SIRVASE TRASLADARSE (A): A la Ciudad de Mérida, Yucatán.

EN DONDE SE SERVIRA A DESEMPEÑAR LA SIGUIENTE COMISION: Trasladar al C. Juan Chan Koh, de 69 años de edad, con acompañante, persona de escasos recursos económicos, proveniente de la comunidad de Tixcacal Guardia, en el Municipio de Felipe Carrillo Puerto Q. Roo, para acudir a su cita medica con el Dr. Gallardo, en la especialidad de Urología, en el Hospital Regional de Alta Especialidades de la Península, en la ciudad de Mérida Yucatán.

El (los) día (s) 29 de Abril del 2024

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Fpe. C. Pto. Q. Roo a 26 de Abril del 2024

Atentamente


DIRECCION DEL DIF
MUNICIPAL DE
FELIPE CARRILLO

ING. DULCE IVETTE PAT PUC
DIRECTORA DEL DIF MUNICIPAL

PUERTO
2021 - 2024
GOBIERNO MUNICIPAL
EN TRANSFORMACIÓN





H. AYUNTAMIENTO DE
FELIPE CARRILLO PUERTO
2021 - 2024

MUNICIPIO DE FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO
DIRECCIÓN DIF MUNICIPAL
CERTIFICACION DE VIÁTICOS No. _____

NOMBRE: C. SAMUEL ENRIQUE CHAN VALDEZ
COMISION: A la Ciudad de Mérida, Yucatán.

SALIDA

LLEGADA

29 Abril 2024
DIA MES AÑO

29 Abril 2024
DIA MES AÑO

CERTIFICO QUE EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS FECHAS QUE SE CITAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE CONFORMIDAD A SU OFICIO DE COMISION.
No. 0739

DIRECCION DEL DIF
GOBIERNO MUNICIPAL DE
FELIPE CARRILLO
PUERTO
2021 - 2024
UN PUEBLO
EN TRANSFORMACION

FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO A 29 DE Abril DEL 2024

LLEGADA

SALIDA

29 Abril 2024
DIA MES AÑO

29 Abril 2024
DIA MES AÑO

ESTA OFICINA CERTIFICA QUE EL COMISIONADO PERMANECIO EN ESTE LUGAR EN LAS FECHAS QUE CITAN Y PARA LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE ACUERDO AL OFICIO ANTES CITADO

NOMBRE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA OFICINA FORANEA

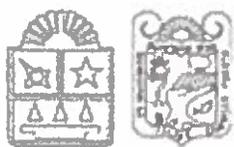
SA LUD Hospital Regional de Alta Especialidad
de la Península de Yucatán

REFERENCIAS

29 ABR 2024
SELLO

ENLANCE MEDICO





H. AYUNTAMIENTO DE
FELIPE CARRILLO PUERTO
2021 - 2024

ORDEN DE MINISTRACION DE VIÁTICOS

DEPENDENCIA: D.I.F. MUNICIPAL
LUGAR Y FECHA: FELIPE CARRILLO PTO. Q. ROO A 29 DE Abril DEL 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

C. Samuel Enrique Chan Valdez R.F.C.: _____ NIVEL _____
PUESTO: Auxiliar CLAVE _____

COMUNICACIÓN DE LA COMISION

ME PERMITO COMUNICAR A USTED SU COMISION A:) A la Ciudad de Mérida, Yucatán.

DURANTE 1 DIA (S) 29 DE ABRIL DEL 2024

TRABAJOS A DESEMPEÑAR: Trasladar al C. Juan Chan Koh, de 69 años de edad, con acompañante, persona de escasos recursos económicos, proveniente de la comunidad de Tixcacal Guardia, en el Municipio de Felipe Carrillo Puerto Q. Roo, para acudir a su cita medica con el Dr. Gallardo, en la especialidad de Urología, en el Hospital Regional de Alta Especialidades de la Península, en la ciudad de Mérida Yucatán.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial.

LUGARES Y PERIODOS DE COMISION	DIAS	CUOTA DIARIA	IMPORTE
<u>A la Ciudad de Mérida, Yucatán.</u>			50.00
OBSRVACIONES	TOTAL \$		50.00

DATOS DE PAGO

No. DE CHEQUE _____ IMPORTE \$ _____ No. DE POLIZA _____
APLIC. PRESUPUESTAL Y CONTABLE
RECIBI LA CANTIDAD DE \$50.00 (SON: CINCUENTA PESOS 00/100 M. N)

EFFECTIVO _____



COMISIONAD

C. SAMUEL CHAN VALDEZ.
NOMBRE Y FIRMA

TESORERO MUNICIPAL

C.P. HERNAN DE JESUS POOT CHAN

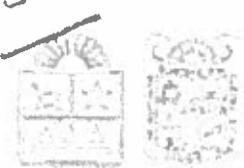
NOMBRE Y FIRMA

JEFE INMEDIATO DEL DIF
COMISIONADO GENERAL DE
FELIPE CARRILLO
ING. DULCE JUVETTE PAT PUC
DIRECTORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL
UN PUEBLO
EN TRANSFORMACION

ENCARGADA DEL DESPACHO DE
LA PRESIDENCIA MUNICIPAL.

MTRA. MARIA ANTONIETA
AGUILAR RIOS





H. AYUNTAMIENTO DE
FELIPE CARRILLO PUERTO
2021 - 2024

UN PUEBLO | TESORERÍA MUNICIPAL
RECIBIDO
25 10 2024
10:16
[Signature]

DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL
REFERENCIA: DIRECCIÓN GENERAL
OFICIO: SMDIF/DGDIF/CAM/ IV / 2024/ 0718

Asunto: Solicitud de combustible.

Felipe Carrillo Puerto, Q. Roo a 24 de Abril del 2024

C.P. HERNAN DE JESUS POOT CHAN
TESORERO MUNICIPAL DEL H. AYUNTAMIENTO
PRESENTE.

Por medio de la presente, me permito dirigirme a usted, con la finalidad de solicitar la cantidad de \$ 1,300.00 (Son: Mil Trescientos Pesos 00/100 M.N) en combustible, para el Transporte Inclusivo, Marca: Volkswagen, Núm. de series Transporte Inclusivo, Marca: Volkswagen, Núm. de series WV2CACSE3HX002804, Color: Blanco, Modelo: 2017, Motor CWV196095, que se encuentra bajo mi resguardo, con el motivo de trasladar al C. Juan Chan Koh, de 69 años de edad, con acompañante, persona de escasos recursos económicos, proveniente de la comunidad de Tixcalcal Guardia, municipio de Felipe Carrillo Puerto, Q. Roo, para acudir a su cita médica con el Dr. Gallardo, en la especialidad de Urología, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península, en la Ciudad de Mérida Yucatán, horario de la cita: 10:20 a.m. el día **Lunes 29 de Abril del presente año** (se anexa documentación).

Agradeciendo de antemano su atención a la presente y le envío un cordial saludo.



ATENTAMENTE

[Signature]

Ing. Dulce Ivette Pat Puc

Directora General del D.I.F. Municipal

DIRECCIÓN DEL DIF
GOBIERNO MUNICIPAL DE
FELIPE CARRILLO
PUERTO
2021 - 2024
UN PUEBLO
EN TRANSFORMACIÓN



HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL MÉDICO
9:30	31/03/2023	Almirante Hx P. Gómez
12:00	Chan Koh Juan CA	P. Gómez 23/Abril/23
5/04/23	Chan Koh Juan CA	P. Gómez 10:00
	17:00	19-Mayo-23 Programación Uro
9:30	10-Abril-23	F. Herrera
	10:30h	05/Julio/23 Dr. Ortiz (Angio)
9:30	13-Abril-23	P. Gómez Clínica de Venidas
9:15	17-Abril-23	Clinica de Hx. F. Herrera
	10:30am	15/Sept/23 DAI Mat - 7
10:00	28 Junio /2023	M. Interna 1
10:00	30 Junio /2023	Anest (2) 7
15:00	09-09-023	Programación OX
9:00	16-Ago-23	Dra. Gallardo
11:40	18 Agosto	Anestesia 1
5:30 PM	9-Oct-23	Programación OX
2:30	21-Sep. 23	prog OX urología
7:00	25/03/24	Dr. Gallardo (Uro)
10:20	29-Abril-24	Dr. Gallardo Urología



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN

CARNET

2010:148

No. de expediente: 91644-22

Nombre del Paciente: Alfonso Kelly Juan
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de expedición: 14- Dic - 22

Nivel Socioeconómico: D- D10264/2022

Fecha de nacimiento: 20- May - 1954

Especialidad: Medicina Interna

Tel. 983114646

Tel = 9831243568

983114646

Este documento es muy importante para tu atención médica.
Consérvalo en buen estado.

CAK 5590570NKQ RHHNO 7

TIXCACAL GUARDIA QUINTANA ROO A 10 DE ABRIL DEL 2024

Asunto: solicitud de traslado medico

A quien corresponda:

PRESIDENTA HONORARIA DEL DIF MUNICIPAL F.C.P

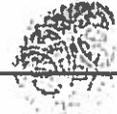
MARIA DEL CARMEN SOLIS SANCHES

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle su valioso apoyo, para que me pueda apoyar con mi traslado medico a la ciudad de Mérida Yucatán el día 29 de abril a las 10: 20 AM a mi cita médica en la área de UROLOGIA con el DR. Gallardo.

Soy una persona de la tercera edad y no cuento con los recursos económicos para cubrir mi traslado médico.

Sin más por el momento le mando un cordial saludo, esperando una pronta respuesta a mi petición.

ATENTAMENTE



C. Juan chan koh

CEL: 9831243568

COORDINACION DE ASISTENCIA MÉDICA DEL DIF MUNICIPAL
P R E S E N T E:

FECHA DE ELABORACIÓN:

Día	Mes	Año
10	04	2024

1.- DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO:

Nombre (s) y Apellido (s): Juan Chan Koh		Edad: 69
Originario: (a) Tixcacal Guardia	Estado Civil: casado	Escolaridad: Primaria
Domicilio (calle, número y Colonia): S/N		
Ocupación: Campesino	Núm. Teléfono: 983 124 35 68	
Género:	Religión: católica	
Grupo Étnico: Maya	Discapacidad: Si () No (X)	Idioma: Maya
Técnica utilizada: Entrevista: (X) Observación () Visita domiciliaria () Mixta ()		

2.- SEGURIDAD SOCIAL:

SEGURO POPULAR	
IMSS	X
ISSSTE	X
ISSFAM	X
PARTICULAR	
OTRO: (Especifique)	
IMSS- BIENESTAR	

3.- COMPOSICIÓN SOBRE LA FAMILIA QUE VIVE EN ESE DOMICILIO:

- 1.- Cuántas personas habitan en la vivienda: 2
- 2.- Cuántas familias viven en la vivienda: 1
- 3.- Cuántos miembros tiene su familia: 2
- 4.- Número de piezas de la vivienda: 2

4.- ESTRUCTURA FAMILIAR:

NOMBRE	EDAD	PARENTE SCO	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE RESIDENCIA	OCUPACIÓN	LUGAR DE ORIGEN
Cuxn Ek M. Catalina	66	esposa	Primaria		Ama de casa	Tixcacal Guardia

5.- Detallar el salario de los integrantes de la vivienda:

Parentesco	
ENTREVISTADO	Ingreso Mensual \$ 6000.00
Pareja	\$
Hijo (a)	\$
Hijos mayores de 18 años	\$
Hijos menores de 18 años	\$
Pensión/Jubilados	\$
Otros	\$
Total:	\$ 6000.00

6.- CUÁL ES LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE LA FAMILIA TOTAL MENSUAL: \$

GASTO	MES
Energía eléctrica	\$ 150
Agua potable	\$ 100
Teléfono	\$
Alimentos	\$ 5000
Salud	\$ 300
Gas	0
Pago de vivienda (Rentada)	0
Pagos diversos (ropa, calzado)	0 450
Total:	\$ 6,000

¿Gasto total semanal? \$ 1,500

7.- INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA:

- 1.- Uso: Solo vivienda ()
- 2.- Tiempo que vive en la casa:
- 3.- Tenencia de la vivienda:

Propia y totalmente pagada	<input checked="" type="checkbox"/>
Propia y está pagando	<input type="checkbox"/>
Propia y está hipotecada	<input type="checkbox"/>
Alquilada	<input type="checkbox"/>
Prestada o la está cuidando	<input type="checkbox"/>
Invasión	<input type="checkbox"/>

¿Cuánto paga al mes? \$000.00 PESOS

8.- MATERIA PREDOMINANTE EN LA CASA:

Techo: wano	Piso: materia	Paredes:	
-------------	---------------	----------	--

Concreto	<input checked="" type="checkbox"/>	Tierra		Piedra	
Lámina de cartón		Cemento:	<input checked="" type="checkbox"/>	Madera	
Lamina de asbesto		Madera:		Block	<input checked="" type="checkbox"/>
Zinc		Vitro piso:		Otros	
Otro		Loseta:			

9.- CONDICIONES DE LA CASA:

Buena	
Regular	<input checked="" type="checkbox"/>
Mala	

10.- LA VIVIENDA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Servicios	Si	No	Otros
Calles pavimentadas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Red de drenaje	<input checked="" type="checkbox"/>		
Red de agua potable			
Recolección de basura	<input checked="" type="checkbox"/>		
Alumbrado publico			
Teléfono móvil o casa	<input checked="" type="checkbox"/>		
Energía eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sanitaria público o comunitario			

11.- ARTÍCULOS ELECTRODOMÉSTICOS CON LOS QUE CUENTA EN LA VIVIENDA:

Electrodomésticos	Si	No
Estufa		
Televisión		
DVD		
Lavadora		<input checked="" type="checkbox"/>
Refrigerador		<input checked="" type="checkbox"/>
Microondas		
Ventilador		<input checked="" type="checkbox"/>
Aire acondicionado		
Calentador de agua (Boiler)		
Automóvil propio		
Motocicleta		

12.- ZONA DE UBICACIÓN:

Urbana	<input checked="" type="checkbox"/>
Sub urbana	

13.- APRECIACIÓN DEL ENTREVISTADO

La vivienda pertenece al nivel económico:

Alto () Medio (X) Bajo ()

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO



CAFEJS405 20 HQ KHTI NO +



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN



Solicitud de Estudios de Gabinete

Tipo de Solicitud: URGENTE ORDINARIA

Fecha: 25 / 03 / 24

Nombre: Chon Koh Juan
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: 1954/05/12
AAAA MM DD

Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: M Peso: _____ Talla: _____ I.M.C.: _____ Cama: _____

Especialidad Solicitante: NO Hospitalizado
Consulta Externa

Alergia medio de contraste: SI NO

Resumen Clínico

PO PO Retiro del COT Deriva Duen
ante estudio de control para detener
Stone Free

En caso de estudio contrastado, indique el nivel de creatinina sérica: _____ mg/dLi

Estudio Solicitado y Región

- () Rayos X _____
 - () Electroencefalografía _____
 - Ultrasonido Uteroposterior con reducción de residuo () Potenciales evocados _____
 - Tomografía computarizada Abdomen y pelvis () Velocidad de conducción _____
 - () Resonancia magnética sin () Fisiología pulmonar _____
 - () Mamografía _____ () Electrocardiografía _____
 - () Desintometría _____ () Ecocardiografía _____
 - () Monitoreo Holter _____
- 23/04/2024
16:00hrs Tracer 1 Litro de Agua
- 23/04/2024
16:00hrs
Tracer 100-R

Diagnóstica

PO Retiro COT Deriva
Copia
Es de grado con unida sermo

CAFTS405 20 HQ KHTT 10 +



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN



Solicitud de Estudios de Gabinete

Tipo de Solicitud: URGENTE ORDINARIA

Fecha: 25 / 03 / 24

Nombre: Chen Kon Juan
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: 1954 / 05 / 20
AAAA MM DD

Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: M Peso: _____ Talla: _____ I.M.C.: _____ Cama: _____

Especialidad Solicitante: NO Hospitalizado
Consulta Externa

Alergia medio de contraste: SI NO

Resumen Clínico

PO PO Petio del COT Derivo Diver
anente estudio de control para detener
Stone Free

En caso de estudio contrastado, indique el nivel de creatinina sérica: _____ mg/dLi

Estudio Solicitado y Región

- () Rayos X _____
 - () Electroencefalografía _____
 - (X) Ultrasonido Uteropostero con medición crura residual () Potenciales evocados _____
 - (X) Tomografía computarizada Abdomen y pelvis () Velocidad de conducción _____
 - () Resonancia magnética sin re () Fisiología pulmonar _____
 - () Mamografía _____ () Electrocardiografía _____
 - () Desintometría _____ () Ecocardiografía _____
 - () Monitoreo Holter _____
- 23/04/2024
16:00hrs Traer 1 litro de Agua.
23/04/2024
16:00hrs
Traer 1 CO-R.

Diagnóstica

PO Petio COT Derivo

1 Copia

[Signature]
E decido con unida sermo

CAFJS405 20 HQ KHTI 10+



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN



Solicitud de Estudios de Gabinete

Tipo de Solicitud: URGENTE ORDINARIA

Fecha: 25 / 03 / 24

Nombre: Chen Apellido Paterno, Ron Apellido Materno, Juan Nombre(s) Fecha de nacimiento: 1954 / 05 / 20 AAAA MM DD

Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: M Peso: _____ Talla: _____ I.M.C.: _____ Cama: _____

Especialidad Solicitante: NO Hospitalizado Consulta Externa

Alergia medio de contraste: SI NO

Resumen Clínico

PO PO Retiro del COT Dermo Diver
ante estudio de control para detener
Stone Free

En caso de estudio contrastado, indique el nivel de creatinina sérica: _____ mg/dL

Estudio Solicitado y Región 23/04/2024 16:00hrs Traer 1 Litro de Agua

- () Rayos X
- (X) Ultrasonido Vena posterior con medición de flujo residual
- (X) Tomografía computarizada Abdomen y Pélvis
- () Resonancia magnética
- () Mamografía
- () Desintometría
- () Electroencefalografía
- () Potenciales evocados
- () Velocidad de conducción
- () Fisiología pulmonar
- () Electrocardiografía
- () Ecocardiografía
- () Ecocardiograma
- () Monitoreo Holter

23/04/2024
16:00hrs
Traer ICD-R

Diagnóstica

PO Retiro COT Dermo

Copias

Dr. E. de la Cruz...