

RECIBIDO

1270

19 de AGOSTO, 2022
SECRETARÍA DE AYUNTAMIENTO
San Francisco del Rincón, Gto.

San Francisco del Rincón, Gto.
A 19 de agosto de 2022

Dar
cuenta

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SAN FRANCISCO DEL RINCÓN
PRESENTE:

Con Atención: Lic. Alejandro Antonio Marún González
Presidente Municipal

Quien suscribe C. Ma. Isabel Reyes Hernández con domicilio en 20 de enero 710 Fracc San Miguel, perteneciente a este Municipio, a través de este conducto me permito acercarme hacia su persona solicitando el apoyo con vales de gasolina como viáticos para que mi familia me pueda trasladar al Hospital General de León, donde recibo mis tratamientos de quimioterapias debido al cáncer de mama que padezco, y mis traslados son cada 22 días por un periodo de 1 año para recibir el tratamiento.

Su servidora tiene 2 hijas y está a cargo de 3 nietos que dependen económicamente de mi persona, mi esposo es obrero y el sueldo que percibe no es suficiente para cubrir los gastos generados por mi cáncer. Es por ello que solicito de su apoyo para que se me considere poder contar con su ayuda para mis traslados.

Agradeciéndole de su apoyo a la presente petición, reciba mi más sincero agradecimiento.

ATENTAMENTE

Ma. Isabel Reyes H.
C. Ma Isabel Reyes Hernández

476.109.22.45

FECHA:	12-jul-22
HORA:	15:07 pm

Estudio Socioeconomico

DATO GENERALES

Nombre		MIA ISABEL REYES HERNANDEZ			
Sexo	H M	Edad :	47	Fecha de Nacimiento:	17/11/1974
Lugar de Nacimiento:	SAN FRANCISCO DEL RINCON		Domicilio:	20 DE ENERO #710 FRACC. SAN MIGUEL	
C.P.:36353	Escolaridad:	PRIMARIA	Estado civil:	CASADA	
Ocupación:	HOGAR		TEL:	4761092245	
NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	APORTA	OCUPACION	
DOMINGO RAFAEL ESCAMILLA	47	ESPOSO	SI	OBRERO	
CECILIA ESTEFANIA RAFAEL REYES	25	HIJA	SI	OBRERA	
WENDI GUADALUPE RAFAEL REYES	14	HIJA	NO	ESTUDIANTE	
BRIANA NICOLE SANCHEZ RAFAEL	9	NIETA	NO	ESTUDIANTE	
VICTOR EDUARDO SANCHEZ RAFAEL	6	NIETO	NO	ESTUDIANTE	
GINEBRA DANAE SANCHEZ RAFAEL	5	NIETA	NO	ESTUDIANTE	
Ingresos Mensuales en el Hogar:		10,000.00		Habitantes : 7	
Casa propia o rentada:	PROPIA		IM SS ISSTE INSABI NINGUNO		

Egresos Mensuales

Alimentación:	\$4,800.00	Gas:	\$250.00
Agua:	\$180.00	Luz:	\$982.00
INTERNET	\$385.00	Renta :	\$0.00
Vestido y Calzado:	\$0.00	OTROS	\$0.00
Estudios medicos	\$2,200.00	Viaticos	\$300.00
Medicamento	\$0.00	total :	\$9,097.00

Observación de la vivienda /Desarrollo de la Entrevista: LA VIVIENDA TIENE 3 CUARTOS HABITACION, 1 BAÑO, COMEDOR, COCINA, EL PISO ES LA ENTRADA VITROPISO Y TODO LO DEMAS ES FIRME DE CEMENTO, LAS PAREDES SON DE CEMENTO COLADO, Y EL TECHO DE CEMENTO, HAY UNA SEGUNDA PLANTA EN OBRA NEGRA.

Diagnostico: CÁNCER DE MAMA DERECHA PTSPNSMX.(TUMOR MALIGNO DE MAMA)

Por lo anterior descrito y observado se justifica el apoyo económico solicitado, valorado un nivel --1

Nivel	1	2	3	4
	100%	75%	50%	25%

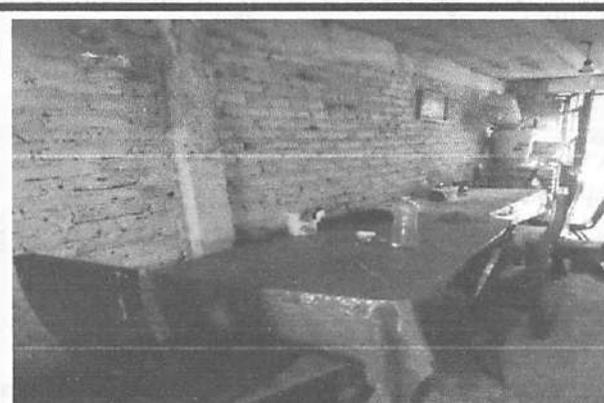
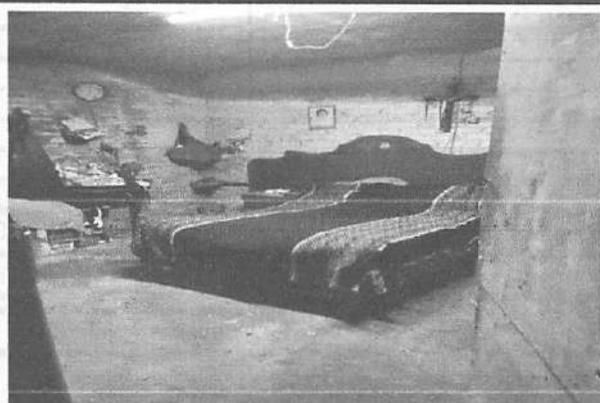
Observaciones : LA SOLICITANTE PIDE APOYO CON VIÁTICOS A LA CIUDAD DE LEÓN YA QUE TIENE QUE TRASLADARSE A REALIZARSE QUIMIOTERAPIAS DEBIDO AL CÁNCER DE MAMA QUE PADECE, SE TRASLADA AL HOSPITAL GENERAL DE LEON DE IDA Y VUELTA, CADA 22 DÍAS, POR UN PERIDODO DE 1 AÑO. COMENTA QUE LOS VIÁTICOS SON DE APROXIMANDAMENTE \$300.00 PESOS CADA DÍA QUE ACUDE.

José Gerardo Aguirre Rentería
FIRMA DE QUIEN REALIZA

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

Para Sesión de Ayuntamiento.
S

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA A.C 18/2022



MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
REYES
HERNANDEZ
MA. ISABEL

FECHA DE NACIMIENTO
17/11/1974

SEXO M

DOMICILIO
C 20 DE ENERO 710
FRACC SAN MIGUEL 36353
SAN FRANCISCO DEL RINCON, GTO.

CLAVE DE ELECTOR RYHRMA74111711M400

CURP REH741117MGTYS08 AÑO DE REGISTRO 1993 03

ESTADO 11 MUNICIPIO 031 SECCION 2477

LOCALIDAD 0001 EMISION 2016 VIGENCIA 2026




INE

Ma. Isabel Reyes H

COMISION EJECUTIVA DEL PROCESO ELECTORAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1536070152<<2477020013511
7411179M2612317MEX<03<<20127<6
REYES<HERNANDEZ<<MA<ISABEL<<<<

REYES HERNANDEZ MA ISABEL

20 DE ENERO 710 FRAC SN MIGUEL
RECONTRATACION
FRACC. SAN MIGUEL C.P. 36353
SAN FRANCISCO DEL RI, GTO

TOTAL A PAGAR:

\$982

(NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M.N.)

NO. DE SERVICIO : 060960350416
RMU : 36353 96-03-29 XAXX-010101 001 CFE

NO. MEDIDOR: 042EMN

TARIFA: 01

MULTIPLICADOR: 1

PERIODO FACTURADO: 18 MAR 22 - 18 MAY 22

LÍMITE DE PAGO: 03 JUN 22 CORTE A PARTIR:
04 JUN 22

¡PAGA CON LA APP CFE CONTIGO!

Reporta fallas
Localiza sucursales
Conoce tu consumo

Disponible en:

VISA

Concepto	Lectura actual		Lectura anterior		Total periodo	Precio (MXN)	Subtotal (MXN)
	Medida ●	Estimada ●	Medida ●	Estimada ●			
Energía (kWh)	11859		11425		434		
Básico					150	0.897	134.55
Intermedio					130	1.091	141.83
Excedente					154	3.191	491.41
Suma					434		767.79
							Subtotal

Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.

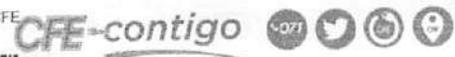
Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista					Desglose del importe a pagar	
Concepto	\$	\$/kW	\$/kWh	Importe (MXN)	Concepto	Importe (MXN)
Suministro	55.56	0.00	0.00	55.56	Energía	767.79
Distribución	0.00	0.00	466.94	466.94	IVA 16%	122.84
Transmisión	0.00	0.00	76.30	76.30	Fac. del Periodo	890.63
CENACE	0.00	0.00	3.21	3.21	DAP ⁽²⁾	92.13
Energía	0.00	0.00	313.35	313.35	Adeudo Anterior	972.12
Capacidad	0.00	0.00	202.68	202.68	Su Pago	-972.00
SCnMEM ⁽¹⁾	0.00	0.00	2.60	2.60	Total	\$982.88

Apoyo Gubernamental 352.85

(1) SCnMEM Costos relacionados con los servicios del Mercado. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos: Diversos conceptos que se pueden incluir en el aviso recibo relacionados con el suministro.



36353 96-03-29 XAXX-010101 001 CFE
01 060960350416 220603 000000982 7



27DP07C011276728 Reparte -913-

\$982

(NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M.N.)



INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE
SERVICIOS/AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO



Folio: 84352			
Unidad Médica	HOSPITAL GENERAL LEÓN, GTSSA002101		
Nombre del Paciente	MA. ISABEL REYES HERNANDEZ	Género: FEMENINO	Edad: 47 AÑO(S)
Folio de Poliza de Afiliación	REHI741117MGTYRS08	No. de Expediente	22-02087
Cartera de Servicios de:	Fondo de Protección de Gastos Catastrofos (2018)		
No. de Intervención	51. CÁNCER DE MAMA - CÁNCER DE MAMA		
Diagnóstico Presuntivo	C509.- Tumor maligno de la mama, parte no especificada		
Resumén Clínico			
PACIENTE FEMENINO DE 47 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE CA DE MAMA DERECHA PTSPNSMX. BIOPSIA EL 19/10/2021 +ETO+MRM ERECHA, CKI GRADO 3, TT DE 4 CM, ULCERACION DE PIEL CON ILV. GL 4/10. POR EL TIEMPO DESDE EL PROCESO QUIRURGICO 6 MESES, SIN NINGUN TX ADYUVANTE, EL IMPACTO EN EL CONTROL LOCAL SERA LIMITADO. SE COMENTA RIESGO BENEFICIO Y FINALMENTE DECIDE RT PÓST MR; 40 GY EN 15 SESIONES EN SU MODALIDAD CONFORMAL + TAC SIMULACION.			
Estudió Solicitado		Folio SUEG	N/A
Servicio Solicitado	Radioterapia RADIOTERAPIA. TELETERAPIA . 40 GY EN 15 SESIONES EN SU MODALIDAD DE TERAPIA CONFORMAL. (TAC SIMULACION VIRTUAL CONVENCIONAL Y/O CONFORMACIONAL CON ACELERADOR LINEAL SESION CONFORMACIONAL.)		
Fecha de Solicitud	16/05/2022	Turno:	Matutino
<p><i>Ma. Isabel Reyes H.</i> MA. ISABEL REYES HERNANDEZ</p> <p>Nombre y Firma del Paciente o Familiar</p>		<p><i>Dr. Luis Alfonso Romero Robles</i> U.L. SUEG TUNAM Oncología Médica Gen. Prof. 6417500 Ced. Exp. 10356428 DR. LUIS ALFONSO ROMERO ROBLES.</p> <p>Nombre y Firma del Médico que Solicita</p>	
<p>Hospital General León C.P. Princes Soledad Rádillo Gudiño SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA C.P. Princes Soledad Rádillo Gudiño</p> <p>Nombre y Firma Administrador del Hospital</p>		<p>Hospital General León Dr. Mijail Yaffir-Essaud Castillo Barrientos Mijail Yaffir-Essaud Vargas C.P. Princes Soledad Rádillo Gudiño C.A. 12439</p> <p>Nombre y Firma Director del Hospital</p>	
		<p>HOSPITAL GENERAL LEÓN Departamento de Trabajo Social</p> <p><i>L.T.S.</i> <i>Ana Margarita Carrero Guzmán</i></p> <p>Nombre y Firma de Trabajo Social</p>	
Vigencia de Derechos SPSS		De: 16/05/2022	A: 16/05/2022
Motivo de Subrogación	No se cuenta con Servicio en la Red		
Nombre del Proveedor en Padrón Vigente	HOSPITAL ARANDA DE LA PARRA, S.A. DE C.V.		