



Folio Fiscal (UUID)	
30dd5817-ae84-4f21-82c5-0041d31a1560	
Método de Pago	Factura
PPD (Pago en parcialidades o diferido)	HCU 4137
Condiciones de Pago	Lugar de Expedición
	31350
Forma de Pago	Fecha
99(Por definir)	2022-02-15T13:40:47
Confirmación	Tipo de Relación

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

Receptor
SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA ESTATAL ANTICORRUPCION
SES171021SR5
Uso CFDI: G03(Gastos en general)

CLAVE P/S	No. De Identificación	Cve. Unidad	Unidad	Cantidad	P.Unitario	Descuento	Importe
Descripción							
85121800	LAB01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 1,189.88		\$ 1,189.88
LABORATORIO							
85121808	X01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 1,384.99		\$ 1,384.99
RAYOS X							
85121600	CONSULTA01	E48	SERVICIO	1.00	\$ 324.50		\$ 324.50
CONSULTA MEDICA							
SERVICIO MEDICO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2022							
PAQUETE: 23273							

	Total con letra: DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS 37/100.-MXN Tipo de Cambio: 1	Subtotal	\$ 2,899.37
		IVA 0.00%	\$ 0.00
		Total	\$ 2,899.37

Sello digital del Emisor:

ikXjMnezwtgOjZh3aL1tnrPIWBC42vER1TrGcKrpj9Q9a3mUSxKwx6NDp7TiU2XPlj3aad8mHaM85dDergAZ5RXOMLnUF3YkAo0CqCQIEmbN8gSHOIg9tfMiUWdOqQLecN+zaCTZMnBVFeR/Bm+DzrXNPIOdHnDgJalfcAqniEQLFLzL00g6zrts1DgvM3w7gzp48SV8eyh4nCL3XmGkiWZVqQUmXQQbQu2WK0WSqcTQMeSkboJ1XPPEw8FK43vxUGz7KH70p9FJ9xJdHLR9TAgDQWE1vnWiAG26zAvTRRhACRmY8husJOo6wA96iID9eSh1KFBMnyGcHXuFbvVtw==

Sello digital del SAT:

XtBhSSeXxILNLCuCi+HFSAelphcKQcKdNNmwwbGgE2zcbDFIP3e4STy/TbW9Q0jatzc25GhdmA4BtpC4t63USj/Kcf94hqHX9HsPOj4abixqIQcQEIO+gVXoR5qnvCXsK4prnGWUs7Ax bVhXgT+rmrR6510TSYENlaCs8jE7cWN/o+LFtv4dVjIX6arq5WJ4za4nxEqTTbynaPooHEJpE1K2LjW70q1erp5l6puOkMlojrkA4bxJA7H3NCJn0MnYIk7Patr2GA0ICnGSZGby49NiG0As cz7aGxZ+mF4odg67sfDXzVwPRSKcooNhqA97Y5LyJv9sQJydOesL5g==

Cadena Original del Complemento del SAT:

||1.1|30dd5817-ae84-4f21-82c5-0041d31a1560|2022-02-15T14:40:47|CFA110411FW5|ikXjMnezwtgOjZh3aL1tnrPIWBC42vER1TrGcKrpj9Q9a3mUSxKwx6NDp7TiU2XPlj3aad8mHaM85dDergAZ5RXOMLnUF3YkAo0CqCQIEmbN8gSHOIg9tfMiUWdOqQLecN+zaCTZMnBVFeR/Bm+DzrXNPIOdHnDgJalfcAqniEQLFLzL00g6zrts1DgvM3w7gzp48SV8eyh4nCL3XmGkiWZVqQUmXQQbQu2WK0WSqcTQMeSkboJ1XPPEw8FK43vxUGz7KH70p9FJ9xJdHLR9TAgDQWE1vnWiAG26zAvTRRhACRmY8husJOo6wA96iID9eSh1KFBMnyGcHXuFbvVtw==|00001000000509528575||

Certificado del Emisor: 00001000000510602404 Fecha y Hora de Certificación: 2022-02-15T14:40:47
Certificado SAT: 00001000000509528575 Proveedor de Certificación: CFA110411FW5

HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO

Detalle del paquete de cobranza

CLIENTE SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA ESTATAL ANTICORRUPCION
NÚMERO DE PAQUETE 23273
FECHA DE ENVIO 09/02/2022 12:00:00a. rr
FECHA DE PAGO 09/02/2022 12:00:00a. rr

Fecha	Documento	Folio	Nombre del paciente	# Afiliación	Monto crédito
14/01/2022	CONSULTA	TI178961	ELIMINADO NOMBRE		324.50
31/01/2022	FACTURA	RR281335	ELIMINADO NOMBRE	ELIMINADO NÚM.	2,574.87
GRAN TOTAL					\$2,899.37

LIC FLOR VIANNEY MENDOZA RODRÍGUEZ

Administrador General

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO

Recibo de caja

Recibo: RR281335

Edad:

ELIMINADO EDAD

Hora: 2:30:45 pm

Empresa: SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA ESTATAL ANTICORRUPCION

Tipo paciente: DERECHO HABIENTE

Externo (1,651,086)

Paciente:

ELIMINADO NOMBRE

No Afiliación:

ELIMINADO NÚM

La cantidad de DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 87/100 M.N.

RFC:

ELIMINADO RFC

CURP:

ELIMINADO CURP

Por concepto de:

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (IMAGENOLOGIA)

\$1,384.99

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO)

\$1,189.88

Formas de pago

(incluyen anticipos)

Pesos / Dolares

Credito

\$2,574.87 / \$0.00

Efectivo

\$0.00 / \$0.00

SubTotal (sin deducciones)

\$2,574.87

Exenciones

\$0.00

Anticipos

\$0.00

Total

\$2,574.87

CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, 31/ene/2022

Cajero(a): CABRAL MERINO KAREN GUADALUPE

Fecha 14/01/2021

Hora 16:54

Ticket TI178961

HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO
CALLE ROSALES # 3302, OBRERA

Tel 4154720

Registro

R.F.C ICS-8708256-C8

SSA

Venta a ELIMINADO NOMBRE

Folio 0

Sexo F

Edad ELIMINADO EDAD

Empresa SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA ESTATAL ANTICORI

Empleado SANTOS LOPEZ DANIELA ABIGAIL

Cta. 1646552

Descripción	Cantidad	P.Unitario	Importe
C. GENERAL ICHISAL	1	\$324.50	\$324.50
Formas de pago			Subtotal \$324.50
Credito	\$324.50		Descuentos \$0.00
Efectivo	\$0.00		IVA \$0.00
			Total \$324.50

ELIMINADO NOMBRE

14/01/2022 03:41 p. m.

Tipo asegurado: BENEFICIARIOS**Vigente:** SI**Edad:** **ELIMINADO EDAD** **Fecha de nacimiento:** **ELIMINADO FECHA****Teléfono:** **ELIMINADO CELULAR****Dependencia:** SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA ESTATAL ANTICORRUPCION [050]**Localidad:** S A

SOLICITUD DE SERVICIO



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO / S/A
CALLE ROSALES #3302 OBRERA
(614) 180-08-00

FOLIO:0012248007
FECHA CONSULTA:28/12/2021
ATENCIÓN:12248007



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:N939 - HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA [PRINCIPAL],

SERVICIO:ANALISIS CLINICOS

VDRL

HIV

TIPO SANGUINEO Y FACTOR Rh

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

TIEMPO DE PROTOMBINA E INR

BIOMETRIA HEMATICA



PACIENTE: ELIMINADO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO: ELIMINADO FECHA
No. AFILIACIÓN: ELIMINADO NUM. AFILIACION
EXPEDIENTE: ELIMINADO EXP.
PROCEDENCIA: SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA
ESTATAL ANTICORRUPCION



MÉDICO: ENRIQUEZ GUILLEN BERNARDO OCTAVIO
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA
CÉDULA PROFESIONAL: 2088099

Firma: _____



Fecha y hora de impresión: 28/12/2021 09:44:44a. m.



SOLICITUD DE SERVICIO



INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO / S/A
CALLE ROSALES #3302 OBRERA
(614) 180-08-00

FOLIO:0012248007

FECHA CONSULTA:28/12/2021

ATENCIÓN:12248007



ICHISAL
INSTITUTO CHIHUAHUENSE
DE SALUD

DIAGNOSTICOS:N939 - HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA [PRINCIPAL],

SERVICIO:ESTUDIOS DE GABINETE

SONOGRAFIA ENDOVAGINAL



PACIENTE: ELIMINADO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO: ELIMINADO FECHA
No. AFILIACIÓN: ELIMINADO NUM.
EXPEDIENTE: ELIMINADO EXP
PROCEDENCIA:SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA
ESTATAL ANTICORRUPCION



MÉDICO:ENRIQUEZ GUILLEN BERNARDO OCTAVIO
ESPECIALIDAD:GINECOLOGÍA
CÉDULA PROFESIONAL:2088099

Firma: _____



Fecha y hora de impresión:28/12/2021 09:44:44a. m.

ELIMINADO NOMBRE

31/01/2022 02:28 p.m.

Tipo asegurado: BENEFICIARIOS

Vigente: SI

Edad: ELIMINADO EDAD Fecha de nacimiento: ELIMINADO FECHA

Dependencia: SECRETARIA EJECUTIVA DEL SISTEMA FISCAL ANTI-CORRUPCION [050]

Localidad: S A

LA COORDINACIÓN ADMINISTRACIÓN, SOLICITA SEA CLASIFICADO LA FACTURA HCU-4137, EN LAS PARTES DONDE APARECEN DIVERSOS NOMBRE, EDAD, FECHA NACIMIENTO, RFC, NÚMERO DE AFILIACIÓN, Y NÚMERO DE EXPEDIENTE, AL SER ESTOS DATOS PERSONALES, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 128 Y 134 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, Y TRIGÉSIMO OCTAVO FRACCIÓN I DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES EN MATERIA DE CLASIFICACIÓN Y DESCLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO PARA LA ELABORACIÓN DE VERSIONES PÚBLICAS, CLASIFICACIÓN CONFIRMADA POR EL COMITÉ DE TRANSPARENCIA MEDIANTE ACUERDO ACT-CT-SESEA/01/03/2022.2