



**COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS**  
 CALLE MINA No. 1000 ESQ. CALLE 10-A CHIHUAHUA, CHIH. C.P. 31000  
 TEL Y FAX 614-201-2990 AL 95  
 R.F.C. CED-920927-MP5  
 CLABE: 002150093435132136

4W2953508

No. 0002883

Septiembre 14, 2011

COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS

PAGUESE POR ESTE CHEQUE A

**Instituto Chihuahuense de Salud**

\$ **2,560.56**

—(DOS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS 56/100)—

MONEDA NACIONAL



Banco Nacional de México, SA  
 Integrante del Grupo Financiero Banamex

SUC. SANTO NIÑO 0934

NUM. CTA. 351321-3

FIRMAS AUTORIZADAS

472405115000240043435132130002883

No. 0002883

**Instituto Chihuahuense de Salud**

CONCEPTO DEL PAGO

F/37267 37327 Servicio medico empleados oficina Chihuahua

| CUENTA          | SUB-CUENTA | NOMBRE                  | PARCIAL | DEBE            | HABER           |
|-----------------|------------|-------------------------|---------|-----------------|-----------------|
| 1-1120-1-00-000 |            | Banamex 3513213 Fosl.   |         |                 | 2,560.56        |
| 2-1418-1-00-000 |            | Aportaciones al ICHISAL |         | 2,560.56        |                 |
| <b>SUMAS</b>    |            |                         |         | <b>2,560.56</b> | <b>2,560.56</b> |

|  |  |   |           |                             |                    |
|--|--|---|-----------|-----------------------------|--------------------|
| RECIBI CHEQUE<br><i>Aracelis Herrera</i><br>FIRMA DEL COBRADOR | HECHA POR:<br><i>[Signature]</i><br>D.T. [Signature] | REVISADA POR:<br><i>[Signature]</i><br>D.T. [Signature] | 14-Sep-11 | AUTORIZADA POR:<br>J.L.A.B. | POLIZA No.<br>2883 |
|--|--|---|-----------|-----------------------------|--------------------|



**Chihuahua**  
Gobierno del Estado

**Secretaría de Salud**  
**Instituto Chihuahuense de Salud**  
**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO**  
AV. MATAMOROS S/N COL. JARDINES DEL SANTUARIO  
TELS. 411-13-64, 411-11-81  
CHIHUAHUA, CHIH  
R.F.C. ICS - 870825 - 6C8

**FACTURA**  
**I 37267**

CLAVE (03)

NOMBRE COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS CODIGO \_\_\_\_\_  HOSPITALIZACION  
 CONSULTA EXTERNA  
 DOMICILIO AV. ZARCO #-2427 COL. ZARCO TEL. \_\_\_\_\_  
 CIUDAD CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CED 920927 MP5  
 FECHA DE ADMISION \_\_\_\_\_ FECHA DE SALIDA AGOSTO 31 2011 No. DE CAMA \_\_\_\_\_ No. DE CUARTO \_\_\_\_\_

| CODIGO           | CANTIDAD | DESCRIPCION  | IMPORTE   |
|------------------|----------|--|-----------|
|                  |          | SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO A SUS DERECHOHABIENTES DE ACUERDO A SUS ORDENES DEL 29 AL 31 DE AGOSTO, 2011 | \$ 303.28 |
| <b>SUB-TOTAL</b> |          |  | \$ 303.28 |
| <b>TOTAL</b>     |          |  | \$ 303.28 |



*[Handwritten Signature]*  
SUB-TOTAL  
TOTAL

CANTIDAD CON LETRA  
(TRESCIENTOS TRES PESOS 28/100 M.N.)



EXPRESION GRAFICA: ELMA NIDIA GRANADOS SANDOVAL  
R.F.C. GASE-620615-PA7 VENUSTIANO CARRANZA 2401  
FECHA DE INCLUSION DE LA AUTORIZACION EN LA PAGINA DE INTERNET 26-FEBRERO-2007  
TEL. 415-94-12 CHIHUAHUA, CHIH.  
NUMERO DE APROBACION DEL SISTEMA DE CONTROL DE IMPRESORES AUTORIZADOS 20742199  
EXPEDIDO EN CHIHUAHUA, CHIH.

PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION  
EFECTOS FISCALES AL PAGO  
FECHA DE IMPRESION: 22/11/2010  
VIGENCIA: 21/11/2012  
SERIE I FOLIO DEL 35,001 - 40,000

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES.

ORIGINAL - CLIENTE      AMARILLA - CAJA      VERDE - CONTABILIDAD



**Chihuahua**  
Gobierno del Estado

**Secretaría de Salud**  
**Instituto Chihuahuense de Salud**  
**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO**  
AV. MATAMOROS S/N COL. JARDINES DEL SANTUARIO  
TELS. 411-13-64, 411-11-81  
CHIHUAHUA, CHIH  
R.F.C. ICS - 870825 - 6C8

**FACTURA**  
**I 37327**

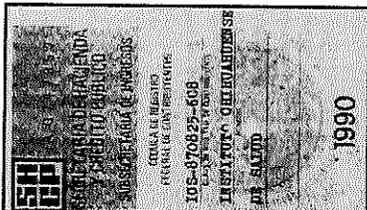
CLAVE (03)

NOMBRE COMISION ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS CODIGO \_\_\_\_\_  HOSPITALIZACION  
DOMICILIO AV. ZARCO #-2427 COL. ZARCO TEL. \_\_\_\_\_  CONSULTA EXTERNA  
CIUDAD CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CED 920927 MP5  
FECHA DE ADMISION \_\_\_\_\_ FECHA DE SALIDA AGOSTO 29 2011 No. DE CAMA \_\_\_\_\_ No. DE CUARTO \_\_\_\_\_

| CODIGO           | CANTIDAD | DESCRIPCION  | IMPORTE     |
|------------------|----------|--|-------------|
|                  |          | SERVICIO MEDICO PROPORCIONADO A SUS DERECHOHABIENTES DE ACUERDO A SUS ORDENES DEL 22 AL 28 DE AGOSTO, 2011 | \$ 2,257.28 |
| <b>SUB-TOTAL</b> |          |  | \$ 2,257.28 |
| <b>TOTAL</b>     |          |  | \$ 2,257.28 |

CANTIDAD CON LETRA

(DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS 28/100 M.N.)



EXPRESION GRAFICA: ELMA NIDIA GRANADOS SANDOVAL  
R.F.C. GASE-620615-PA7 VENUSTIANO CARRANZA 2401  
FECHA DE INCLUSION DE LA AUTORIZACION EN LA PAGINA  
DE INTERNET 26-FEBRERO-2007  
TEL. 415-94-12 CHIHUAHUA, CHIH.

NUMERO DE APROBACION DEL SISTEMA DE CONTROL  
DE IMPRESORES AUTORIZADOS 20742199  
EXPEDIDO EN CHIHUAHUA, CHIH.

PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION

EFFECTOS FISCALES AL PAGO  
FECHA DE IMPRESION: 22/11/2010  
VIGENCIA: 21/11/2012  
SERIE I FOLIO DEL 35,001 - 40,000

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES.

ORIGINAL - CLIENTE AMARILLA - CAJA VERDE - CONTABILIDAD