

| | |
|----------------|----------|
| RAMO | 1120 |
| PARTIDA | 44101 |
| IMPORTE | \$ 2,500 |
| Nº DE PROYECTO | 030202 |

TESORERIA MUNICIPAL
SAN FELIPE, B.C.

22 AGO 2025

TESORERIA
c.c.p REGIDURIA

RECIBIDO
AUTORIZADO

ELABORADO

Rosa Amelia Cortez Gomez

Karen Arce Iniguez

3. DATOS DE LA SOLICITUD

solicita apoyo para pago de aparato RPU el cual es requerido para cirugía.

Sector que atiende:

Calle o avenida Número Colonia o Fraccionamiento

Domicilio:

Nombre:

Régimen:

2. AGRUPACIÓN

Estado civil:

empacador

Ocupación:

Colonia o Fraccionamiento

Número

Calle o avenida

2da Sección

444

viude

Domicilio:

Apellido paterno, apellido materno, nombres(S)

Francisco Herrera Juan José

Nombre:

Sexo: hombre Edad: 72

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

APOYO SOLICITADO:

apoyo medico

Importe o especie

TIPO DE APOYO:

(X) EFECTIVO

() ESPECIE

REGIDORA O REGIDOR:

Rosa Amelia Cortez Gomez

FECHA DE SOLICITUD: 22-agosto-2025

FOLIO: 001



1er AYUNTAMIENTO
SAN FELIPE
2024-2027

DEPENDENCIA: 1ER AYUNTAMIENTO DE SAN FELIPE, B.C.
SECCION: REGIDURIA
TRÁMITE: SOLICITUD DE APOYO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Declaro el solicitante bajo protesta de decir verdad, apercibido de las sanciones en que incurrir en que declaran bajo falsedad de conformidad con el artículo 320 del código penal para el Estado de Baja California, lo siguiente:

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre: ~~XXXXXXXXXX~~ MADINA MARTIN Apellido paterno, apellido materno, nombres(S)
 Fecha de nacimiento: ~~XXXXXXXXXX~~ 07/05/1983 Dia/Mes/ Año.
 Ocupación: empacador
 Grado de estudios cursado: Universidad
 Lugar y Origen: Nayarit
 Corp: ~~XXXXXXXXXX~~

2. DATOS DE IDENTIFICACION DOMICILIARIA

Domicilio: ~~XXXXXXXXXX~~ Carretera San Felipe Col 2da Sección
 Calle o Avenida, número, colonia/fraccionamiento.
 C.P. 21850 Municipio/Delegación San Felipe Estado Baja California
 Calles colindantes con el domicilio: ~~XXXXXXXXXX~~ San Amador y Bandejas
 Celular: ~~XXXXXXXXXX~~ Teléfono: ~~XXXXXXXXXX~~

3. INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA

Mensual (registrar quien, cuanto aporta y suma total) 3000 mil por mes debido al pago
 ¿Usted recibe o ha recibido otros apoyos oficiales? (Dependencia, monto y fecha) no ninguno

4. DEPENDIENTES ECONOMICOS

¿Tiene dependientes económicos? SI () No (X)
 NOMBRE _____ EDAD _____ PARENTESCO _____ OCUPACION/ESCOLARIDAD _____

NOMBRE Y FIRMA DEL EJECUTOR DE GASTO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

8. GRUPO DE ATENCION PRIORITARIA (G.A.P):

Mujer ()
Persona Adulto Mayor (x)
Discapacidad ()
Estudiante ()
Pueblo Originario ()
Situación Vulnerable (x)

Diversidad Sexual ()
Persona Migrante ()
Situación de Calle ()
Situación de adicciones ()
Liberado de C.P.R.S ()
Otro ()

7. SALUD
Servicios médicos con los que cuenta la familia:
IMSS () ISSSTE () ISSSTECALI (x) INSABI () Dispensario () Médico privado ()
Otros: _____

6. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA

Luz (x) Agua (x) Drenaje (x) Teléfono () Sistema de cable (x) Internet () Otros: _____

Paredes: bloque Techos: teja Pisos: cemento

Material predominante en la construcción de la vivienda

Sala (x) comedor (x) cocina (x) baño privado () baño colectivo ()
Casa (x) departamento () vecindad () otro: _____ número de dormitorios: 3

Tipo de vivienda

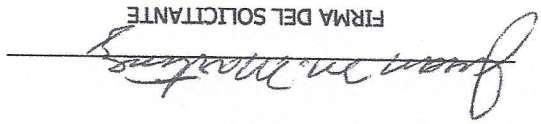
¿Donde habita actualmente es?
Propia () Rentada () prestada (x) otro: _____
¿cuántas personas habitan en la vivienda? 4
¿Algun habitante tiene alguna Discapacidad? Si () No (x) Tipo de Discapacidad: soy sordo

5. VIVIENDA

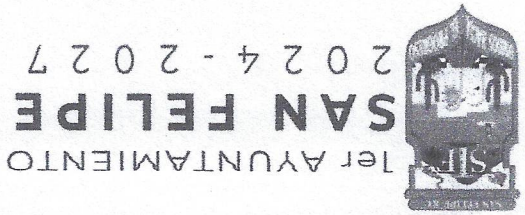
MUNICIPIO DE SAN FELIPE

RECIBO DE APOYO

SAN FELIPE, BAJA CALIFORNIA A 22 DE agosto DEL 2025.

| | |
|--|---|
| Recibi: _____ (CANTIDAD CON NUMERO Y LETRA/ DESCRIPCION DE ESPECIE) apoyo para pago de RTU aparato requerido en cirugía del 6 de octubre de 2025 | |
| TELEFONO: 661 246 1994 6861930266 | DIRECCION: Avenida Felipe |
| NOMBRE: Juana M. Martínez Maderna | FIRMA DEL SOLICITANTE  |

**se anexa identificación oficial del solicitante.*



AYUNTAMIENTO
SAN FELIPE
2024-2027

TER AYUNTAMIENTO DE SAN FELIPE, B.C.
FORMATO SOLICITUD DE APOYO.

SAN FELIPE, BAJA CALIFORNIA A 22 DE agosto DEL 2025.

REGIDOR (A) DEL TER AYUNTAMIENTO DE SAN FELIPE, B.C.

Presente. -

Por medio de la presente le envío un cordial saludo y a la vez solicito su apoyo para:

APARATO REQUERIDO PARA CIRUGIA RTPV el 6 de octubre del 2025

De antemano agradezco la ayuda que me pueda brindar.

El solicitante reconoce su incapacidad y desconocimiento para escribir de su puño y letra esta solicitud.

Juan M. Martin
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Los datos personales recabados, incorporados y tratados en la "Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población" son utilizados para la asignación y gestión de la Clave Única de Registro de Población, en cumplimiento a las funciones y atribuciones de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad (RENAPO) de la Secretaría de Gobernación. La persona titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos ARCOP a través de la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Gobernación, enviando correo electrónico a unidad.transparencia@segob.gob.mx o de manera personal en la calle Abraham González no.50, Planta Baja, Col. Juárez, Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600. En RENAPO protegemos y salvaguardamos tus datos personales. Consulta la versión integral de nuestro Aviso de Privacidad en <https://www.gob.mx/segob/renapo>

TRÁMITE GRATUITO

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.

Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en TELCURP, marcando el 800 911 11 11



SECRETARIA DE GOBERNACION

ROSA ICELA RODRIGUEZ VELAZQUEZ

Agradecemos tu participación.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país. El derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.


Ciudad de México, a 22 de abril de 2025

PRESENTE

JUAN JOSE MARTINEZ MADERA

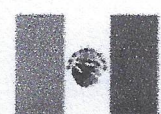
118016195300327





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN




Soy México

Clave: MAMJ520/STHNTTRDM09

Nombre **JUAN JOSE MARTINEZ MADERA**

Entidad de registro: **NAYARIT**



RENAPO

GOBIERNO DE MEXICO

GOBERNACION

1843175

GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT
DIRECCION ESTATAL DEL
REGISTRO CIVIL
TEPIC, NAYARIT.
ARCHIVO



LIC. MIGUEL ANGEL GRABILLA VIZCARRA
ASESOR JURIDICO

[Handwritten Signature]

Se extiende esta Acta, en cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 35 del Código Civil Vigente en el Estado, en la Ciudad de Tepic, Nayarit a 09 de enero de 2014, doy fe.

ANOTACIONES:

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|
| EDAD : 28 años | NACIONALIDAD : MEXICANA | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| NOMBRE DE LA MADRE : <i>MARISOL</i> | NACIONALIDAD : MEXICANA | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| EDAD : 30 años | NACIONALIDAD : MEXICANA | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| NOMBRE DEL PADRE : <i>DOMINGO</i> | NACIONALIDAD : MEXICANA | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |

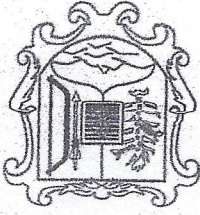
DATOS DE LOS PADRES

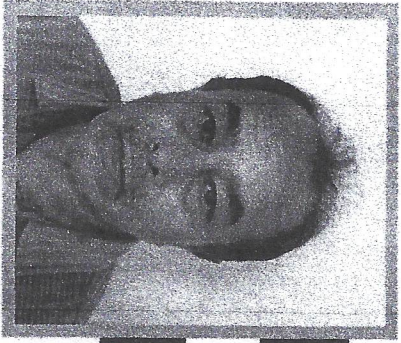
| | |
|---|---------------------------|
| REGISTRADO : VIVO | SEXO : Masculino |
| NOMBRE : JUAN JOSE | NOMBRE (S) : MARTINEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO : <i>17/01/1985</i> | PRIMER APELLIDO : MADERA |
| LUGAR DE NACIMIENTO : <i>TEPIC</i> | SEGUNDO APELLIDO : MADERA |
| LOCALIDAD : <i>TEPIC</i> | MUNICIPIO : <i>TEPIC</i> |
| ENTIDAD : <i>NAYARIT</i> | ENTIDAD : <i>NAYARIT</i> |

DATOS DEL REGISTRADO

| | |
|--------------------|-------------------|
| LOCALIDAD | <i>TEPIC</i> |
| MUNICIPIO | <i>TEPIC</i> |
| ENTIDAD FEDERATIVA | <i>NAYARIT</i> |
| CRIP | 1 |
| LIBRO | ACTA |
| OFICIALIA | 00327 |
| FECHA DE REGISTRO | <i>09/01/2014</i> |

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT
ACTA DE NACIMIENTO





BENEFICIARIO:

JUAN JOSE MARTINEZ
MADERO

CURP: *MADERO*

MANAJE30127HNTRDN06

Tipo de sangre: *O+*
de mi tipo de sangre

Con IMSS Bienestar tienes derecho de forma gratuita a:

- Atención médica
- Medicamentos
- Consultas
- Quirujías
- Estudios



COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Con puño y letra agregue la leyenda: "Recibí tarjeta en sobre sellado"

Escriba su nombre completo

Fecha

D D M M A A

Firma

NOTA:

| | |
|-----------|-------------|
| SUB-TOTAL | \$42,600.00 |
| IVA 8% | \$3,408.00 |
| TOTAL | \$46,008.00 |

| CANTIDAD | CLAVE | DESCRIPCION | P.U. | IMPORTE |
|----------|-------|------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 | | LENTE STORZ | \$12,500.00 | \$12,500.00 |
| 1 | | CISTOSCOPIO RIGIDO | \$9,500.00 | \$9,500.00 |
| 1 | | ASA DE CORTE | \$4,500.00 | \$4,500.00 |
| 1 | | ASA DE COAGULACION | \$4,500.00 | \$4,500.00 |
| 10 | | SOL. CLORURO DE SODIO DE 300ML | \$200.00 | \$2,000.00 |
| 1 | | SISTEMA DE IRRIGACION EN "Y" | \$750.00 | \$750.00 |
| 1 | | SONDA FOLEY DE SILICON 22FR 3 VIAS | \$750.00 | \$750.00 |
| 1 | | GUIA SENSOR | \$2,000.00 | \$2,000.00 |
| 1 | | EVACUADOR UROVAC | \$6,000.00 | \$6,000.00 |
| 1 | | LINA LIMPIADORA P/ELECTROCUTERIO | \$100.00 | \$100.00 |

PACIENTE: JUAN JOSE MARTINEZ MADERA

| CANTIDAD | CLAVE | DESCRIPCION | P.U. | IMPORTE |
|----------|-------|-------------|------|---------|
|----------|-------|-------------|------|---------|

Nombre: JUAN JOSE MARTINEZ MADERA
 Contacto: JUAN JOSE MARTINEZ MADERA
 Ciudad: MEXICALI B.C.

FECHA: 14/08/2025
 VIGENCIA: 30 DIAS
 COTIZACION: 00034

COTIZACION

Distribuidora de Focos S.A de C.V.
 Nicolás Bravo # 345-2
 Primera Sección CP. 21100
 Mexicali Baja California
 Tel. (686) 55 66 19 FAX (686) 55 66 18
 RFC: DFO 070604 SD3

EQUIPO MEDICO
 Y GAS MEDICINAL
 VENTA Y RENTA DE



Registro e Internamiento del Paciente

Resumen Clínico o Diagnóstico

RTU A

Nombre: Martinez, Maria Dolores

Apellido Paterno: Martinez

Apellido Materno: Martinez

Nombre: Martinez

Fecha de nacimiento: 01/01/1950

Sexo: MASC Estado Civil: Viuda

Consulta Ext. Urgencias

Domicilio: Carretera Mexicali - San Felipe

Calle: Carretera Mexicali - San Felipe

Colonia: San Felipe

Población: San Felipe

Entidad Federativa: Baja California

Municipio: San Felipe

En caso necesario avisar a: Martinez, Maria Dolores

Con domicilio en: Carretera Mexicali - San Felipe

Calle: Carretera Mexicali - San Felipe

Colonia: San Felipe

Población: San Felipe

Entidad Federativa: Baja California

Teléfono: 061 234 5678

En pacientes hospitalizados agregados

Ingreso

Porducción Hospitalaria

Consulta Externa

Urgencias

Servicio: Urgencias

Día Mes Año Hora Cama Piso

06 10 25 07:00

Médico que solicita: Marcos Magaña

Médico que autoriza:

Egreso

Motivo

Mejoría

Cuadria

Voluntario

Servicio:

Día Mes Año Hora

Procedencia

Referido

- Propio Hospital
- Otro Hospital
- Centro de Salud ISSSALUD
- Centro Comunitario de Salud
- Otras dependencias

Nombre:

Persona que recibe

Firma:

Medico que solicita: *Marc C. J. [Signature]*

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-------|------|------|
| Dia | Mes | Año | Hora | Cama | Piso |
| 06 | 10 | 25 | 07:10 | | |

Servicio: *Urgencias*

Urgencias

Consulta Externa

Por Admision Hospitalar *Admision Hospitalar*

Ingreso

Medico que autoriza:

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| Dia | Mes | Año | Hora |
| | | | |

Servicio:

Motivo: Mejoria Curacion Voluntario

Defuncion con Autopsia Defuncion sin Autopsia

Egreso

Persona que recibe:

Nombre:

Procedencia: Propio Hospital Otro Hospital Centro de Salud PESASUD Centro Comunitario de Salud Otras dependencias

Referido

En pacientes hospitalizados agregados

Domicilio: *[Handwritten Address]*

En caso necesario avisar a: *[Handwritten Name]*

Con domicilio en: *[Handwritten Address]*

12: Pasar a banco de Sangre

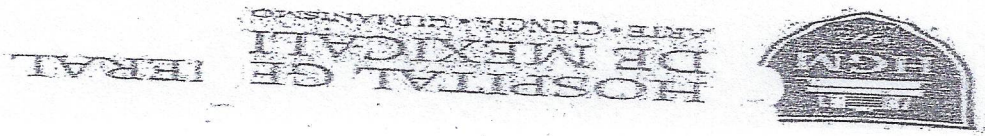
FECHA DE CIRUGIA: *06/ Octubre / 2025 @ 7:00 AM*

~~11 Farmacia~~

- 1- ACQUIRIR A TRABAJO SOCIAL
- 2- PRESENTAR HOJA DE NO DERECHO HABIENTE DE: IMSS, ISSSTE, ISSSTECALI
- 3- ACQUIRIR A CUENTAS CORRIENTES PARA AUTORIZACION (CON INE Y CORP)
- 4- TRAER SUS DOCUMENTOS DE INGRESO
- 5- OTROS ESTUDIOS
- 6- AVUNGA A PARTIR DE LAS 22:00 HRAS, EL DIA ANTERIOR A LA CIRUGIA
- 7- INGRESAR POR EL SERVICIO DE ADMISION HOSPITALAR
- 8- BAÑADO, CON ROPA COMODA, SIN ALHAYAS, UNAS DESPINTADAS
- 9- ACQUIRIR ACOMPAÑADO DE UN FAMILIAR
- 10- SI TOMA MEDICAMENTO PARA LA PRESION ARTERIAL TOMARLO A LAS 5:00 A.M.

~~INDICACIONES DE INTERNAMIENTO~~

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES





Comisión Federal de Electricidad

MARTINEZ MADERA JUAN JOSE

SAN FELIPE B.C. BC

SAN FELIPE B.C. 21030

CFE Suministrador de Servicios Básicos
Río Rodano No. 14, colonia Cuauhtémoc,
Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06300,
Ciudad de México. RFC: CSS160330CP7

!DESCARGA LA GUÍA DE
CONSUMO RESPONSABLE!



¡SÓLO MÁS QUE AHORRO!

NO. DE SERVICIO : 01190200214
RMU : 1850 13-02-12 XAXX-010101 002 CFE
Cuenta : 60458020362242
LÍMITE DE PAGO: 09 AGO 25
CORTE A PARTIR:
10 AGO 25
TARIFA: F
NO. MEDIDOR: 598GES
MULTIPLICADOR:
HILOS: 2
PERIODO FACTURADO: 23 JUN 25 - 24 JUL 25

| Concepto | Medida | Estimada | Medida | Estimada |
|------------------|--------|----------|--------|----------|
| Concepto | | | | |
| Lectura actual | | | | |
| Lectura anterior | | | | |
| Total periodo | | | | |
| Precio (MXN) | | | | |
| Subtotal (MXN) | | | | |

| Concepto | Suma | Intermedio1 | Intermedio2 | Subtotal |
|---------------|-------|-------------|-------------|----------|
| Energía (kWh) | 7829 | 900 | 192 | 1,392 |
| Básico | 300 | 0.809 | 2,441 | 1,614.97 |
| Intermedio1 | 900 | 1,004 | 903.60 | 242.70 |
| Intermedio2 | 192 | 468.67 | 903.60 | 468.67 |
| Suma | 1,392 | 1,614.97 | 903.60 | 1,614.97 |

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

| Concepto | \$ | \$/kWh | Importe (MXN) |
|--|----|--------|---------------|
| Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista | | | |
| Concepto | | | |
| Desglose del importe a pagar | | | |
| Importe (MXN) | | | |

| Suministro | 78.29 | 0.00 | 0.00 | 78.29 |
|-----------------------------------|--------|------|--------|----------|
| Energía | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Capacidad | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| SCAMEM ¹⁾ | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Transmisión | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Distribución | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Facturación del Periodo | 251.81 | 0.00 | 251.81 | 1,744.17 |
| Apoyo Gubernamental ²⁾ | 9.95 | 0.00 | 945.17 | -803.23 |
| Subtotal | 716.88 | 0.00 | 716.88 | 940.94 |
| DAP ³⁾ | 8.53 | 0.00 | 8.53 | 15.00 |
| Adeudo Anterior | 0.00 | 0.00 | 8.53 | 444.94 |
| Su Pago | 0.00 | 0.00 | 0.00 | -444.00 |
| Total | 0.00 | 0.00 | 0.00 | \$956.88 |

(1) SCAMEM: 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.

092025 Mrs. Calle del Hospital 474 Centro Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, México CP 06300

21850 13-02-12 XAXX-010101 002 CFE



Reparar

76DA15B020362242




\$956

(NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M.N.)

-119-

Mvd C. H. Blasquez

Medico que solicita: 

06/10/85 07:00

| | | | | | |
|-----|-----|-----|------|------|------|
| Dia | Mes | Año | Hora | Cama | Piso |
|-----|-----|-----|------|------|------|

Servicio: *Urología*

Urgencias

Consulta Externa

Motivo: *Por Abstracción Hospitalaria*

Ingreso

Medico que autoriza:

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| Dia | Mes | Año | Hora |
|-----|-----|-----|------|

Servicio:

Motivo:

Mejoría

Curación

Voluntario

Defunción con Autopsia

Defunción sin Autopsia

Egreso

Firma:

Persona que recibe:

Nombre:

Procedencia

Retenido

Propio Hospital

Otro Hospital

Centro de Salud ISCESALUD

Centro Comunitario de Salud

Otras dependencias

En pacientes hospitalizados agregados

Domicilio: *Av. ...*

Calle: *...*

Colonia: *...*

Población: *...*

Entidad Federativa: *...*

Municipio: *...*

En caso necesario avisar a: *...*

Con domicilio en: *...*

Calle: *...*

Colonia: *...*

Población: *...*

Entidad Federativa: *...*

Teléfono: *...*

Banco Sangre
 5-October
 8:00
 Quano 4hrs

| POLIZA No. | FECHA POR: | REVISADA POR: | AUTORIZADA POR: | AUXILIARES: | DIARIO: | SUMAS IGUALES | | HABER |
|------------|------------|---------------|-----------------|-------------|---------|---------------|--|--|
| | 27/08/75 | | | | | | | <div style="text-align: right;">\$ 2,500.-</div> <div style="text-align: left;">\$ 2,500.-</div> |

529

CONCEPTO DEL PAGO: Apoyo social - Regidora Rosa Amelia Cortez
 MARTINEZ Madera Juan Jose
 FIRMA CHEQUE RECIBIDO: Juan M. Martinez

No. 0002267

