

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICOGDF9712054NA
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

RECIBO COMPROBANTE DE LIQUIDACIÓN DE PAGO				NUM. EMPLEADO		906957		FOLIO FISCAL		DE453AE3-8490-49C9-9C91-940A810D3E97													
				U. ADMVA.		124 SISTEMA DE AGUAS DE LA CIUDAD DE MEXICO				ZONA PAGADORA		12414000											
NOMBRE		ARROYO RAMIREZ DOLORES VIRIDIANA				R.F.C.		AORD900406UY6		C.U.R.P.		AORD900406MDFRML00											
NUM. PLAZA		3307679		T.N.		5		UNIVERSO		O		NIVEL		149		COD. PUESTO / CVE. ACTIVIDAD		S13011		GRADO			
DESCRIPCIÓN PUESTO/ ACT. ASOC. AL PROGRAMA		CHOFER DE OPERACION HIDRAULICA										SECC. SIND.		32		COM. SINDICAL							
TIPO DE CONTRATACIÓN/ SUBPROGRAMA												PERÍODO DE CONTRATACIÓN											
										PERÍODO DE PAGO		01/AGO/2021 AL 15/AGO/2021											
PERCEPCIONES																							
FECHA		CONCEPTO		DESCRIPCIÓN														IMPORTE					
		1003		SALARIO BASE IMPORTE														4,519.50					
		1063		QUINQUENIO														27.50					
		1913		DESPENSA SUTGCDMX														65.00					
		1933		AYUDA CAPACITACION Y DESARROLLO SUTGCDMX														200.00					
		2083		APOYO SEGURO SERV FUNERARIOS SUTGCDMX														12.00					
										TOTAL PERCEPCIONES		4,824.00											
DEDUCCIONES																							
TIPO PRESTAMO		CONCEPTO		DESCRIPCIÓN														IMPORTE					
		5103		CAPTRALIR FONDO														272.82					
		5133		SEGURO COLECTIVO DE RETIRO														3.95					
		5163		FONDO DE RETIRO JUBILATORIO														3.45					
		5910		APORTACION FONAC														277.10					
		6083		SEGURO SERVICIOS FUNERARIOS SUTGCDMX														12.00					
		6305		ISSSTE-SEGURO DE SALUD														153.46					
		7125		0000000923164 4														183.66					
		8023		IMPUESTO SOBRE LA RENTA RETENIDO														386.56					
		8523		CUOTA SINDICAL SUTGCDMX														90.39					
		8032		SUBSIDIO PARA EL EMPLEO ENTREGADO														0.00					
										TOTAL DEDUCCIONES		1,383.39											
										LIQUIDO A COBRAR		3,440.61											

FOLIO DE APERTURA OKSAMFT2IFFFF1-GT1YV8ILD0DKM98		
LUGAR DE EXPEDICIÓN 06000		
CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT 1.1 DE453AE3-8490-49C9-9C91-940A810D3E97 2021-08-12T13:07:16 sQ63HbBzLEjGhpK1+Kuv10BSub+6CXwN+ZJu76E43619Jl9gxoH+E3BwF15xOjlvOlsfUnuVnPS5ETleS4B5dJb1vgrNMVvXDseUpHgwO3xDaVoPr66NMkAI2V0usMxstrTmPr1hK83KfY npiyuCt1W18NnEJGqSeQnWdBeZzB+O1IXMv9v7ms9rEOkwvbMhUg26SHXBWw4XERl0+FxMRivXbpowC2UdqEF3ze7QDF2YgBafukyvgXbZUCL6Sa/sAg+7a6TgrWax/PmWvLLxLsn7y85Vd7H8DjGoNVtSx43GNl5zcGrSe4uAq4utghGIZa/fYL6Zytw== 000010000005 04465028		
SELLO DIGITAL DEL SAT P5qIAMiv8gC+ryKpWxoYVFcKqr1kyX9WQ77IZp47o6SJrZ6ZyZkF0N7pAq4H/Z7ILGuaiabCX2mw7HrVJ55/y5hzCX4F8rB0h5smjPylFyoCPqFIBhzMgkpbAwSYHO5p7LT9XR/hRV7cG80TqZ8Scx6ROwfhqdgQlFq6h61Qtb3wFaaUH5Q2KpXdeebW21tQ+jpUMi8 +V8DbCLTF4HfMbLOfVys993N3y3600T9ZwXN2Dwfv18HDhMLCqfEDAFwxDUM2ys7ex9pFLwJFVH4ZzqqEp+OE8dyI0/sq6pPjT0hndDjw/xv9015geuxZU1ozETCcQ==		
SELLO DIGITAL DEL EMISOR sQ63HbBzLEjGhpK1+Kuv10BSub+6CXwN+ZJu76E43619Jl9gxoH+E3BwF15xOjlvOlsfUnuVnPS5ETleS4B5dJb1vgrNMVvXDseUpHgwO3xDaVoPr66NMkAI2V0usMxstrTmPr1hK83KfYnpiyuCt1W18NnEJGqSeQnWdBeZzB+O1IXMv9v7ms9rEOkwvbMhUg26SHXBWw4X ERl0+FxMRivXbpowC2UdqEF3ze7QDF2YgBafukyvgXbZUCL6Sa/sAg+7a6TgrWax/PmWvLLxLsn7y85Vd7H8DjGoNVtSx43GNl5zcGrSe4uAq4utghGIZa/fYL6Zytw==		
	FOLIO FISCAL	DE453AE3-8490-49C9-9C91-940A810D3E97
	FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN	2021-08-12T13:07:16
	Nº DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT	00001000000504465028
	Nº DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR	00001000000408799122
	TIPO DE COMPROBANTE: N MONEDA: MXN FORMA DE PAGO: MÉTODO DE PAGO: RÉGIMEN FISCAL:	

**CADA VEZ QUE LLEVE A SU NIÑA
O NIÑO A LA UNIDAD MÉDICA, SOLICITE
AL PERSONAL MÉDICO O DE ENFERMERÍA, QUE:**

- Revise su Cartilla Nacional de Salud.
- Vigile su peso y estatura.
- Le realice las actividades de protección específica, principalmente la aplicación de las vacunas que correspondan.
- Le informe las acciones para prevenir enfermedades y le realicen las pruebas de detección de acuerdo a la edad.
- Registre su próxima cita.
- Le oriente y capacite sobre los cuidados para conservar o recuperar la salud de su hija o hijo.
- Anote en su Cartilla la fecha de las acciones que le practicaron.

**Vigile que le realicen a su hija o
hijo todas las acciones contenidas
en esta cartilla. Su participación
es esencial para mantener su salud.**

CURP: Unidad Amayo Ruíz
06-04-1990

AAAA181104MDFLRSA2

No. de Certificado de Nacimiento _____

IDENTIFICACIÓN: GPO. SANGÜINEO Y RH: 0+

APELLIDOS Y NOMBRE: Alcantara
Amayo Ashley Sarai

AFILIACIÓN / MATRÍCULA / EXPEDIENTE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

CONSULTORIO No. ☐ ☐ ☐ _____

DATOS GENERALES: SEXO: ☒ MUJER ☐ HOMBRE

DOMICILIO: Atzacaco
1129 CALLE Y NÚMERO
Carretera República Gustavo Madero MUNICIPIO O DELEGACIÓN
07469 C.P. CDMX ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
Ciudad de México LOCALIDAD
Gustavo A. Madero MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA
04 11 18 DÍA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE REGISTRO CIVIL:

LOCALIDAD

MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ENTIDAD FEDERATIVA

FOTOGRAFÍA

NUTRICIÓN

Pasos para
calcular
el IMC:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg /m²)

Ejemplo: Niña de 7 años, pesa 22 kg y mide 1.12 m

Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura.

$$1.12 \times 1.12 = 1.25$$

Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.

$$22 \div 1.25 = 17.6$$

Paso 3 IMC =

$$17.6$$

SI EL IMC DE SU NIÑA/NiÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA

VERDE=NORMAL

AMARILLA=RIESGO

ROJA=PELIGRO

NIÑAS

EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 12.7	15.2	≥ 16.9	≥ 19.0
6 años	≤ 12.7	15.3	≥ 17.0	≥ 19.2
6 años 6 meses	≤ 12.7	15.3	≥ 17.1	≥ 19.5
7 años	≤ 12.7	15.4	≥ 17.3	≥ 19.8
7 años 6 meses	≤ 12.8	15.5	≥ 17.5	≥ 20.1
8 años	≤ 12.9	15.7	≥ 17.7	≥ 20.6
8 años 6 meses	≤ 13.0	15.9	≥ 18.0	≥ 21.0
9 años	≤ 13.1	16.1	≥ 18.3	≥ 21.5
9 años 6 meses	≤ 13.3	16.3	≥ 18.7	≥ 22.0

NIÑOS

EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 13.0	15.3	≥ 16.7	≥ 18.4
6 años	≤ 13.0	15.3	≥ 16.8	≥ 18.5
6 años 6 meses	≤ 13.1	15.4	≥ 16.9	≥ 18.7
7 años	≤ 13.1	15.5	≥ 17.0	≥ 19.0
7 años 6 meses	≤ 13.2	15.6	≥ 17.2	≥ 19.3
8 años	≤ 13.3	15.7	≥ 17.4	≥ 19.7
8 años 6 meses	≤ 13.4	15.9	≥ 17.7	≥ 20.1
9 años	≤ 13.5	16.0	≥ 17.9	≥ 20.5
9 años 6 meses	≤ 13.6	16.2	≥ 18.2	≥ 20.9

FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007

NUTRICIÓN

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	FECHA	PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	EVALUACIÓN			
				RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
AL NACER				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 AÑO 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS*	13/09/20	14.5	92 cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 AÑOS 6 MESES				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDICIÓN DE PESO Y ESTATURA POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

EDAD	PESO (Kg)	ESTATURA (m)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m ²)	EVALUACIÓN			
				BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
6 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 AÑOS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	30 NOV 2018
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	30 NOV 2018
		SEGUNDA	2 MESES	07-01-19
		TERCERA	6 MESES	14 JUN 2019
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR NEUMOCOCCO	PRIMERA	2 MESES	07-01-19
		SEGUNDA	2 MESES	20 MAR. 2019
		TERCERA	6 MESES	14 JUN 2019
		CUARTA	18 MESES	16 JUL 2020
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTA VIRUS	DIARREA POR ROTA VIRUS	PRIMERA	2 MESES	07-01-19
		SEGUNDA	2 MESES	20 MAR. 2019
		TERCERA	6 MESES	14 JUN 2019

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCCO	PRIMERA MEDICINA PREVENTIVA SEGUNDA S. Ramos Millán Inmunizaciones	2 MESES 7 MESES	07-01-19 20 MAR. 2019 151119
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA Inmunizaciones	2 MESES	151119
		SEGUNDA	7 MESES	151119
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	REVACUNACIÓN S. Ramos Millán Inmunizaciones	ANUAL HASTA LOS 5 AÑOS	151119
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		151119
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS	Hepatitis A DU 8/12/20			

ISSSTE MEXICO

CMF ARAGON

FECHA: 13/05/21

NOMBRE:

Ashley Sarai Alemtara Arroyo

MADRE, PADRE O TUTOR:

Viridiana Arroyo Ramirez

VACUNA: SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

VACUNADOR: Lorena Reyes

DIRECCION

0124W206