



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA

SOLICITUD VIÁTICOS:

157024

FECHA: 07 DE DICIEMBRE DEL 2023

DEUDOR: ALAPIZCO VALENZUELA ERNESTO RAMON

DEPENDENCIA: HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

R.F.C.

VIÁTICO: HERMOSILLO

TEL:

NO. DÍAS: 1

PERIODO: 07/12/2023 A 07/12/2023

CONCEPTO: GASTOS DE VIAJE 2020

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	GASTOS DE CAMINO	\$300.00	\$300.00

OBSERVACIÓN:

37502 SE COMISIONA COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE EN TRASLADO A CD HERMOSILLO SONORA

SUBTOTAL \$300.00

16% IVA \$0.00

TOTAL \$300.00

TOTAL LETRA: TRESCIENTOS PESOS 00/100 M.N.

Alapico Valc Ernesto Ramon
ALAPIZCO VALENZUELA ERNESTO RAMON

SOLICITÓ

[Signature]
ISSSTESON
LCP Dulce Irene Jiménez Villa
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
VALIDO
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

[Signature]
ISSSTESON
Dr. Jesús Alejandro Pérez Arellano
DIRECTOR
CLINICA HOSPITAL ISSSTESON GUAYMAS

AUTORIZÓ

RECIBIDO
14 DIC. 2023

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CLINICA HOSPITAL GUAYMAS
GUAYMAS, SONORA



SE 157024

18 | OCT | 23

AVISO DE COMISIÓN

C. DR. ERNESTO RAMON ALAPIZCO VALENZUELA AFILIACION 8408101 AREA DE ADSCRIPCION: HOSPITAL GUAYMAS
UBICACIÓN HOSPITAL PUESTO MEDICO FAMILIAR NIVEL 8D

ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE HA SIDO COMISIONADO A: HERMOSILLO, SONORA
DURANTE 1 DIAS, DEL 18 DE OCTUBRE AL 18 DE OCTUBRE DE 2023

MOTIVO DE LA COMISION: COMO MEDICO TRATANTE DE PACIENTE COTA CASTRO JAIME IVAN CON NUMERO DE AFILIACION 16981401 PARA QUE RECIBA UNA ATENCION ESPECIALIZADA EN HOSPITAL DR IGNACIO CHAVEZ

VEHICULO PRO MASTER PLACAS VE 59810 DIA Y HORA DE RECEPCIÓN 18/10/2023

EL VEHICULO LO CONducIRA: BERNARDO MATA GARCIA CON LICENCIA No. L3000RC1117088 CON VENCIMIENTO 28/02/2025

ANTICIPADOS DENEGADOS COMPROBABLES NO COMPROBABLES

CUOTA DIARIA \$ 300.00 DIAS 1 IMPORTE VIATICOS \$300.00

II.- SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR:

A. **SOLICITUD DE GASOLINA:** _____ / _____ = _____ X \$ _____ = \$ _____

KILOMETRAJE A RECORER RENDIMIENTO DEL VEHICULO LITROS A CONSUMIR COSTO

B. SOLICITUD DE CASETAS:

No. DE CASETAS: _____ X COSTO UNITARIO \$ _____ IMPORTE TOTAL \$ _____

C. PASAJES:

TERRESTRES: HERMOSILLO _____ HERMOSILLO IMPORTE TOTAL \$ _____

AREAS: ITINERARIO _____

FECHA DE SALIDA _____ FECHA REGRESO _____

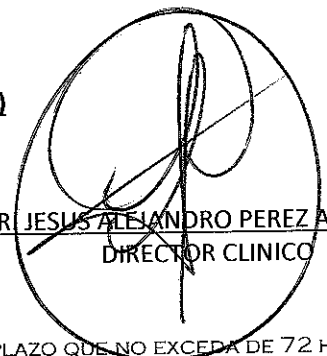
IMPORTE TOTAL GASTOS A COMPROBAR: \$ _____

RECIBI LA CANTIDAD TOTAL DE: \$ 300.00 (TRESCIENTOS PESOS 00/100 M N)

DR. NOEL ANTONIO OCHOA COTA
SUBDIRECTOR MEDICO

L.C.P. DULCE IRENE JIMENEZ VILLA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

DR. JESUS ALEJANDRO PEREZ ARELLANO
DIRECTOR CLINICO



CON CARGO A LA PARTIDA PRESUPUESTAL: 13 32 DK 03 37502

AL TÉRMINO DE MI COMISIÓN, DEBERÉ PRESENTAR UN INFORME DE LA MISMA EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 72 HORAS. EN CASO DE HABER RECIBIDO RECURSOS SUJETOS A COMPROBACIÓN, ME COMPROMETO A PRESENTAR LA MISMA DENTRO DEL PLAZO MENCIONADO.

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD CONTRAÍDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO; AUTORIZANDO SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE MEDIANTE NÓMINA.

ATENTAMENTE Alapizco va la Ernesto Ramon
DR. ERNESTO RAMON ALAPIZCO VALENZUELA

FIRMA DE CONFORMIDAD