



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