



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 28

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., lunes, 08 de abril de 2019	
C. Dr. Tomás Mata Quintana	RFC: MAQT860427L14
CATEGORIA O FUNCION: Coordinador Estatal de Donación	CLAVE: Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA: San Luis Potosí, SLP
SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Hospital General de Ciudad Valles	
DURANTE: 1 día del 9 de abril de 2019 al 9 de abril de 2019	
OBJETIVO DE LA COMISION: Reunión con el Comité Interno de Trasplantes, Comienzo de actividades de trasplante renal.	
MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial	

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____ 0 _____	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO _____ 1 _____	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFECCACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

### =FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO SOLICITANTE  Dr. Eusermin Gámez Gómez NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA  Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
---	---

### =MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA _____	\$0.00
GASTOS DE CAMINO _____	\$154.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. _____	\$154.00
PASAJES _____	\$ _____
GASOLINA _____	\$ _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____
OTROS _____	\$ _____
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL _____	\$154.00
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : <u>\$154.00</u> QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.  <div style="text-align: center;">             C. Dr. Tomás Mata Quintana            FIRMA EMPLEADO COMISIONADO         </div>	

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____	
PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____	
COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____	
A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____	
ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____	
USO DE VEHICULO PARTICULAR _____	
_____ NOMBRE Y FIRMA	


OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE  
(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

\_\_\_\_\_

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
Hospital General de Ciudad Valles	LLEGADA: 9:30 09/04/2019 SALIDA: 14:00 09/04/2019		 <p>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES S.L.P.</p>
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
<b>CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES</b> FIRMA AUTOGRAFA DEL FECHA: _____ JEFE INMEDIATO SUP. _____			
<b>LIQUIDACION DE GASTOS</b>			
CONCEPTO	CARGOS	ABONOS	
VIATICOS O GASTOS DE CAMINO: (PART 3702)			
ANTICIPADO. _____	\$ _____		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
PASAJES: (PART. 3701)			
ANTICIPADO. _____	\$ _____		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
GASOLINA: (PART. 2601)			
ANTICIPADO. _____	\$ _____		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
CUOTAS DE TRANSPORTACION: (PART.3701)			
ANTICIPADO. _____	\$ _____		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
LUBRICANTES Y ADITIVOS: (PART. 2602)			
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
OTROS: (PART. _____ )			
ANTICIPADO. _____	\$ _____		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____	_____	\$ _____	
_____	_____	\$ _____	
_____	_____	\$ _____	
_____	_____	\$ _____	

RECIBI LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_ POR CONCEPTO DE SALDO A MI FAVOR DE ACUERDO A LA PRESENTE LIQUIDACION.

\_\_\_\_\_  
 AUTORIZA PAGO JEFE DEPTO. CONTABILIDAD (Firma empleado comisionado)