



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 27

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., lunes, 08 de abril de 2019
C. LEO. Juan Pablo Medina Niño RFC: MENJ900502QM3
CATEGORIA O FUNCION: Enfermero 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:
AFECTACION: PROGRAMA SUB-PROGRAMA DIAS A PAGAR

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

Dr. Eusermin Gámez Gómez
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

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 :
\$154.00
QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR
DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.

C. LEO. Juan Pablo Medina Niño
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

=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		 SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD VALLES S. L. P.
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES FIRMA AUTOGRAFA DEL FECHA: _____ JEFE INMEDIATO SUP. _____			
LIQUIDACION DE GASTOS			
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)