



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 24

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., martes, 02 de abril de 2019

C. LTS. Iliana Sarahi Martínez Aguilar RFC: MAAI850918

CATEGORIA O FUNCION: Trabajadora social 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 Rioverde

DURANTE: 1 día del 3 de abril de 2019 al 3 de abril de 2019

OBJETIVO DE LA COMISION: Impartición de pláticas a personal de salud y pacientes en Hemodiálisis

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 Gamez Gómez  
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

Dra. Thaydee 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. LTS. Iliana Sarahi Martínez Aguilar  
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:

AREA SOLICITANTE  
(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

**CERTIFICACION DE PERMANENCIA**

| LUGAR                                                                                                                                         | FECHA Y HORA                                          | FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION                                                                                          | SELLO                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospital General<br>Rio Verde                                                                                                                 | LLEGADA: 03/04/2019 9:00.<br>SALIDA: 03/04/2019 13:30 | <br><i>LE. Maria Cecilia Ferrer Cruz</i> | <br><b>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI<br/>HOSPITAL GENERAL<br/>RIOVERDE, S.L.P.</b> |
|                                                                                                                                               | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                               | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                               | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES</b><br><b>FIRMA AUTOGRAFA DEL</b><br>FECHA: _____ JEFE INMEDIATO SUP. _____                        |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>LIQUIDACION DE GASTOS</b>                                                                                                                  |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| CONCEPTO                                                                                                                                      | CARGOS                                                | ABONOS                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |
| <b>VIATICOS O GASTOS DE CAMINO: (PART. 3702)</b><br>ANTICIPADO. _____ \$ _____<br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____                |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>PASAJES: (PART. 3701)</b><br>ANTICIPADO. _____ \$ _____<br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____                                    |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>GASOLINA: (PART. 2601)</b><br>ANTICIPADO. _____ \$ _____<br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____                                   |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>CUOTAS DE TRANSPORTACION: (PART. 3701)</b><br>ANTICIPADO. _____ \$ _____<br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____                   |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>LUBRICANTES Y ADITIVOS: (PART. 2602)</b><br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____                                                   |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| <b>OTROS: (PART. _____)</b><br>ANTICIPADO. _____ \$ _____<br>COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____ \$ _____<br>_____ \$ _____<br>_____ \$ _____ |                                                       |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                               |                                                       | _____ \$ _____<br>_____ \$ _____<br>_____ \$ _____                                                                        |                                                                                                                                                                             |

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)