



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 32

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., jueves, 02 de mayo de 2019

C. Lic. Ernesto Solís Torres RFC: SOTE6211072CA

CATEGORIA O FUNCION: Licenciado 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: Ciudad Valles

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

OBJETIVO DE LA COMISION: Capacitacion personal de Valles

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

[Firma]
Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo

[Firma]
Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

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

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION	<input type="checkbox"/>
PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS	<input type="checkbox"/>
COMISIONES MAYORES A 90 DIAS	<input type="checkbox"/>
A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA	<input type="checkbox"/>
ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE	<input type="checkbox"/>
USO DE VEHICULO PARTICULAR	<input type="checkbox"/>

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.

[Firma]
C. Lic. Ernesto Solís Torres
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

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
Cd. Valles	LLEGADA: 03/05/2019 10:30hrs SALIDA: 03/05/2019 18:00hrs		 SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. DIRECCION
	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)