



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 36

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 28 de mayo del 2019	
C. LIC EN ENF. Juan Pablo Medina Niño	R.F.C. MENJ900502QM3
CATEGORIA O FUNCION: Promotor en Salud	CLAVE Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Dirección del Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.
SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Villa de Reyes, S.L.P.,	
DURANTE 01 DIA. 29 de mayo del 2019.	
OBJETIVO DE LA COMISION: Entrega de cartas de agradecimiento de receptores a familia donadora.	
MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo oficial	

=AUTORIZACION DE GASTOS=

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

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO SOLICITANTE <u>DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA		FUNCIONARIO QUE AUTORIZA <u>DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
--	--	---

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA	\$154.00
GASTOS DE CAMINO	\$154.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_	\$154.00
PASAJES _____	\$ _____
GASOLINA _____	\$ _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____
OTROS _____	\$ _____
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL _____	\$ <u>\$154.00</u>

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
\$154.00

PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO
DE MI COMISION.

LIC. EN ENF. JUAN PABLO MEDINA NIÑO
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

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"/>

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
Villa de Reyes	LLEGADA: 14:05 hrs 29/05/2019. SALIDA: 14:30 hrs 29/05/2019	Familiar del donante. Mendoza de Zedra R	
	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)