



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 34

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., jueves, 02 de mayo 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: 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:
AFECCION: PROGRAMA		SUB-PROGRAMA	DIAS A PAGAR

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

Dr. Eusermin Gámez Gómez

Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

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

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

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

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :  
\$154.00  
QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUÉS DEL TERMINO DE MI COMISION.

*[Firma]*  
C. LEO. Juan Pablo Medina Niño  
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
Col. Valles	LLEGADA: 03/05/2019 10:30 hrs SALIDA: 03/05/2019 18:00 hrs		
	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)