



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 30

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., martes, 16 de abril de 2019	
C. TAMP Hector Rafael Hernandez Isais	RFC: HEIH690425
CATEGORIA O FUNCION: Paramedico	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: Durango, Hospital General 450

DURANTE: 2 días del 16 de abril de 2019 al 17 de abril de 2019

OBJETIVO DE LA COMISION: Procuración corneal, traslado de órganos y tejidos

MEDIO DE TRANSPORTE: Ambulancia

### =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 Garnez Gómez  
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

Dra. Thaydee G. Monsiváis Santoyo  
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

### =MINISTRACION DE GASTOS=

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA	\$0.00
GASTOS DE CAMINO	\$248.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C	\$248.00
PASAJES	\$
GASOLINA	\$
CUOTAS TRANSPORTACION	\$
OTROS	\$
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL	\$248.00
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$248.00 QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION. C. TAMP Hector Rafael Hernandez Isais FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	

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"/>
	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 450 Durango	LLEGADA: 17/04/19 2:30 hrs SALIDA: 17/04/19 8:30 hrs	<i>[Firma]</i>	 <b>SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO HOSPITAL GENERAL 450</b>
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES			
FECHA: _____	FIRMA AUTOGRAFA DEL		
	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)