



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 97

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 28 de mayo del 2018

C. T.S. Iliana Sarahi Martínez Aguilar R.F.C. MAAI850918

CATEGORIA O FUNCION: Trabajadora Social CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION: Direccion 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 agradacimient de receptores a familia donadora.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____ PASAJES: \$ _____ CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____

GASTOS DE CAMINO _____ 1 GASOLINA: \$ _____ OTROS: _____

AFECTACION: 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 GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
--	--

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA
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

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

T.S. ILIANA SARAHI MARTINEZ 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:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
Villa de Reyes	LLEGADA: 14:05 29/05/2019 SALIDA: 14:30 29/05/2019	familiar del danante. Mendez de J... <i>[Firma]</i>	
	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)