



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 39

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosi, S.L.P., 28 de mayo del 2019

C. Dr. Eusermin Gamez Gómez R.F.C. GAGE830602

CATEGORIA O FUNCION: Director Medico 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: Cd. Durango, Durango

DURANTE 02 DIAS. Del 30 al 31 de mayo de 2019.

OBJETIVO DE LA COMISION: Asistir al curso de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS 1 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

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA \$515.00

GASTOS DE CAMINO \$294.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. \$809.00

PASAJES \$

GASOLINA \$

CUOTAS TRANSPORTACION \$

OTROS \$

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL \$809.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE \$809.00

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

DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ
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

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		 HOSPITAL GENERAL 450
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
	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)