



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 26

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., lunes, 08 de abril de 2019	
C. Dr. Eusermin Gamez Gómez	RFC: GAGE83060227A
CATEGORIA O FUNCION: Director Médico	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: Hospital General de Ciudad Valles	
DURANTE: 1 día del 9 de abril de 2019 al 9 de abril de 2019	
OBJETIVO DE LA COMISION: Reunión con el Comité Interno de Trasplantes, Comienzo de actividades de trasplante renal.	
MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial	

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____ 0	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO _____ 1	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFFECTACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

<b>FUNCIONARIO SOLICITANTE</b>  Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	<b>=FIRMAS DE AUTORIZACION=</b>	<b>FUNCIONARIO QUE AUTORIZA</b>  Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
---	---------------------------------	--

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA <u>\$0.00</u>	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION <input style="width: 100%;" type="text"/>
GASTOS DE CAMINO <u>\$190.00</u>	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS <input style="width: 100%;" type="text"/>
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. <u>\$190.00</u>	COMISIONES MAYORES A 90 DIAS <input style="width: 100%;" type="text"/>
PASAJES _____ \$ _____	A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA <input style="width: 100%;" type="text"/>
GASOLINA _____ \$ _____	ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE <input style="width: 100%;" type="text"/>
CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____	USO DE VEHICULO PARTICULAR <input style="width: 100%;" type="text"/>
OTROS _____ \$ _____	
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL <u>\$190.00</u>	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : <u>\$190.00</u>	
QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.	
C. Dr. Eusermin Gamez Gómez 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
Hospital General de Ciudad Valles	LLEGADA: <u>9:30 09/04/19</u> SALIDA: <u>14:00 09/04/19</u>		SERVICIOS DE SALUD DE CAMPELUS DE OXI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		

**CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES**

FIRMA AUTOGRAFA DEL

FECHA: \_\_\_\_\_ JEFE INMEDIATO SUP. \_\_\_\_\_

**LIQUIDACION DE GASTOS**

CONCEPTO	CARGOS	ABONOS
<b>VIATICOS O GASTOS DE CAMINO: (PART 3702)</b>		
ANTICIPADO _____	\$ _____	
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____		\$ _____
<b>PASAJES: (PART. 3701)</b>		
ANTICIPADO _____	\$ _____	
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____		\$ _____
<b>GASOLINA: (PART. 2601)</b>		
ANTICIPADO _____	\$ _____	
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____		\$ _____
<b>CUOTAS DE TRANSPORTACION: (PART.3701)</b>		
ANTICIPADO _____	\$ _____	
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____		\$ _____
<b>LUBRICANTES Y ADITIVOS: (PART. 2602)</b>		
COMPROBADO.- N° DE DOCUMENTOS _____		\$ _____
<b>OTROS: (PART. _____ )</b>		
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)