



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 45

|                                                                                             |   |                                          |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------|---------------------------|
| LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P.,                                                     |   | jueves, 04 de julio 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 5 de julio de 2019 al 5 de julio de 2019                                 |   |                                          |                           |
| OBJETIVO DE LA COMISION: Capacitación al personal de Salud.                                 |   |                                          |                           |
| MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial                                                       |   |                                          |                           |
| <b>=AUTORIZACION DE GASTOS=</b>                                                             |   |                                          |                           |
| VIATICOS                                                                                    | 0 | PASAJES: \$                              | CUOTAS DE TRANSPORTACION: |
| GASTOS DE CAMINO                                                                            | 1 | GASOLINA: \$                             | OTROS:                    |
| AFECCION: PROGRAMA                                                                          |   | SUB-PROGRAMA                             | DIAS A PAGAR              |
| FUNCIONARIO SOLICITANTE                                                                     |   | <b>=FIRMAS DE AUTORIZACION=</b>          |                           |
| Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo                                                           |   | Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo        |                           |
| NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA                                                                    |   | NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA                 |                           |
| <b>=MINISTRACION DE GASTOS=</b>                                                             |   | <b>=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=</b>      |                           |
| CUOTA DIARIA \$0.00                                                                         |   | VIATICOS O GASTOS DE CAMINO              |                           |
| GASTOS DE CAMINO \$190.00                                                                   |   | NO SUJETOS A COMPROBACION                |                           |
| IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C \$190.00                                                      |   | PRORROGA DE COMISION                     |                           |
| PASAJES                                                                                     |   | NUM. DIAS                                |                           |
| GASOLINA \$                                                                                 |   | COMISIONES MAYORES A 90                  |                           |
| CUOTAS TRANSPORTACION \$                                                                    |   | DIAS                                     |                           |
| OTROS \$                                                                                    |   | A LUGARES DONDE NO EXISTE                |                           |
| (ESPECIFICAR)                                                                               |   | AUTORIDAD SANITARIA                      |                           |
| IMPORTE TOTAL \$190.00                                                                      |   | ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O              |                           |
| RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$190.00                                             |   | SEMOVIENTE                               |                           |
| QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.     |   | USO DE VEHICULO PARTICULAR               |                           |
| C. Dr. Eusermin Gamez Gómez                                                                 |   | NOMBRE Y FIRMA                           |                           |
| FIRMA EMPLEADO COMISIONADO                                                                  |   |                                          |                           |
| 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: _____<br>SALIDA: _____ |                                  |       |
|                                                                                                    | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____ |                                  |       |
|                                                                                                    | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____ |                                  |       |
|                                                                                                    | LLEGADA: _____<br>SALIDA: _____ |                                  |       |
| <b>CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES</b><br>FIRMA AUTOGRAFA DEL<br>JEFE INMEDIATO SUP. _____ |                                 |                                  |       |
| <b>LIQUIDACION DE GASTOS</b>                                                                       |                                 |                                  |       |
| 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)