



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 48

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., martes, 09 de julio 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: Puerto Vallarta

DURANTE: 4 días del 10 de julio de 2019 al 13 de julio de 2019

OBJETIVO DE LA COMISION: Congreso CETOT

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____ 0	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO _____ 2	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFFECTACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE _____ Dr. Eusermin Gámez Gómez NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	=FIRMAS DE AUTORIZACION=	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA  Dra. Thaydee G. Monsiváis Santoyo NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
---	---------------------------------	---

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA _____ \$0.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____ <input style="width: 100%;" type="text"/>
GASTOS DE CAMINO _____ \$496.00	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____ <input style="width: 100%;" type="text"/>
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ _____ \$496.00	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 _____ \$496.00	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$496.00	
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	_____ NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

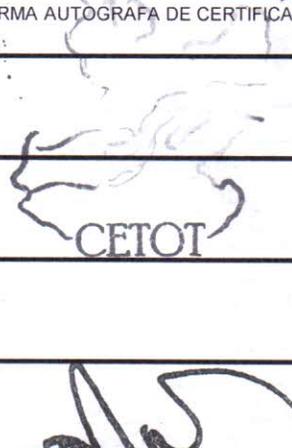
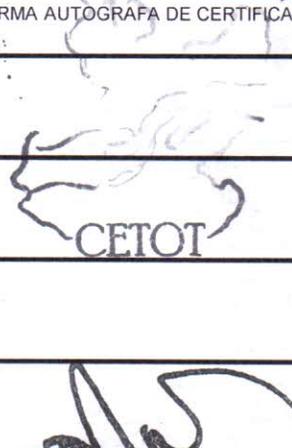
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

Secretaría Técnica

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	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)