



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 53

LUGAR Y FECHA:	Ciudad Valles, S.L.P.,	miércoles, 14 de agosto de 2019
C. Dr. Daniel García Guerrero		RFC: GAGD9204141D9
CATEGORIA O FUNCION:	Coordinador Estatal de Donación	CLAVE: Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION:	Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA: Cd. Valles, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: San Luis Potosi

DURANTE: 1 día del 14 de agosto de 2019 al 14 de agosto de 2019

OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado de Ciudad Valles a San Luis Potosi a dar corneas

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS	0	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

Dr. Eusermin Gámez Gómez  
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo  
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

### =MINISTRACION DE GASTOS=

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA	\$0.00
GASTOS DE CAMINO	\$154.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__	\$154.00
PASAJES	\$
GASOLINA	\$
CUOTAS TRANSPORTACION	\$
OTROS	\$
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL	\$154.00

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION	<input type="checkbox"/>
PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS	<input type="checkbox"/>
COMISIONES MAYORES A 90 DIAS	<input type="checkbox"/>
A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA	<input type="checkbox"/>
ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE	<input type="checkbox"/>
USO DE VEHICULO PARTICULAR	<input type="checkbox"/>

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00

QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.

C. Dr. Daniel García Guerrero  
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

AREA SOLICITANTE  
(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD