

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 46

LUGAR Y FECHA:	Ciudad Valles, S.L.P.,	martes, 09 de julio 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: 4 días del 10 de julio de 2019 al 13 de julio de 2019		
OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado de Ciudad Valles a San Luis Potosi		
MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial		

=AUTORIZACION DE GASTOS=

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

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

Dr. Eusermin Gámez Gómez

Dra. Thaydeé G. Monsiváis Santoyo

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

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

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

=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


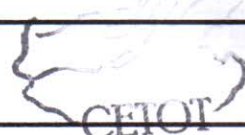

OBSERVACIONES:

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: _____			
LLEGADA: _____			
SALIDA: _____			
LLEGADA: _____			
SALIDA: _____			

CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES

FECHA: _____	FIRMA AUTOGRAFA DEL 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)