



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	
ADSCRIPCION:	Centro Estatal de Trasplantes	
RESIDENCIA: Cd. Valles, S.L.P.		

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

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 Potosí

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

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

OBSERVACIONES:

=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

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

Secretaría Técnica

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
	LL EGADA: _____ SALIDA: _____		CETOT
	LL EGADA: _____ SALIDA: _____		J.W.
	LL EGADA: _____ SALIDA: _____		
	LL EGADA: _____ 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)