



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 52

LUGAR Y FECHA: Cd. Valles, S.L.P. 26 de mayo del 2019	
C. Dr. Daniel García Guerrero	R.F.C. GAGD9204141D9
CATEGORIA O FUNCION Coordinador Estatal de Donación	CLAVE Honorarios asimilables a salarios en Cd. Valles
ADSCRIPCION: Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Tancanhuitz de Santos

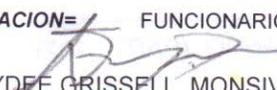
DURANTE 01 DIA . 27 de mayo del 2019.

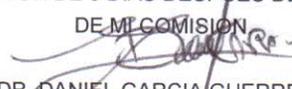
OBJETIVO DE LA COMISION: Impartir plática de Cultura de donación de organos y tejidos con fines de trasplante, en la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Tanxanhuitz

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

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

FUNCIONARIO SOLICITANTE <u>DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	=FIRMAS DE AUTORIZACION=	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA  <u>DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
---	---------------------------------	--

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA GAS I O DE CAMINO 154.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJ E I OS A COMPROBACION _____ <input type="checkbox"/>
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$154.00	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____ <input type="checkbox"/>
PASAJES _____	COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____ <input type="checkbox"/>
GASOLINA _____	A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____ <input type="checkbox"/>
CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____	ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____ <input type="checkbox"/>
OTROS _____ \$ _____ (ESPECIFICAR)	USO DE VEHICULO PARTICULAR _____ <input type="checkbox"/>
IMPORTE TOTAL _____	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION	
 <u>DR. DANIEL GARCIA GUERRERO</u> FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	_____ NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

AREA SOLICITANTE
(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
	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)