



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° 47

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., jueves, 04 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: Hospital General de Ciudad Valles	
DURANTE: 1 día del 5 de julio de 2019 al 5 de julio de 2019	
OBJETIVO DE LA COMISION: Capacitación al personal de Salud.	
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=

=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 _____	
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 _____	

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. TAMP Hector Rafael Hernandez Isais
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

NOMBRE Y FIRMA

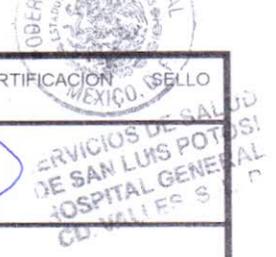
OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

CERTIFICACION DE PERMANENCIA



LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION
	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)