



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 08 de febrero del 2018	
C. Dr. Eusermin Gamez Gómez	R.F.C. GAGE830602
CATEGORIA O FUNCION: Director Medico	CLAVE Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Direccion del Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Cd. Valles, S.L.P.

DURANTE 01 DIA. 09 de febrero del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Capacitación y plan de trabajo de pasantes en servicio social.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo Oficial

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____	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

*[Firma]*  
DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO

*[Firma]*  
DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

### =MINISTRACION DE GASTOS=

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA	
GASTOS DE CAMINO	\$190.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__	\$190.00
PASAJES _____	\$ _____
GASOLINA _____	\$ _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____
OTROS _____	\$ _____
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL _____	\$ 190.00
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$190.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION	
DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	

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"/>
_____ 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
Hospital General de Cd. Valles	LLEGADA: <u>10:30</u> SALIDA: <u>14:30</u>		SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S. de P. DIRECCION
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	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)