CETRA
Centro Estatal de Trasplantes

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°_____

LUGAR Y FECHA: Cd. Vallles, S.L.P. 15 de octubre del 2018

C. Dr. Daniel Garcia Guerrero — R.F.C. GAGD9204141D9

CATEGORIA O FUNCION Coordinador Médico — CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION:HG de Valles Comisionado al CETRA — RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Cd. Queretaro, Queretaro

DURANTE 05 DIAS. DEL 16 al 20 de octubre del 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Asisitir al Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana y al curso TPM.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo oficial.

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS 2 — 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 GAMEZ GOMEZ		DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA		NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA 1736.00
GASTO DE CAMINO 248.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_ _ $1,984.00

PASAJES_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

GASOLINA_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CUOTAS TRANSPORTACION_ _ _ _ _ $_____

OTROS_____ $_____
(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $1,984.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$1,984.00
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.

DR. DANIEL GARCIA 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
Queretaro	LLEGADA: Martes 16 oct 21:45 SALIDA: Sabado 20 oct	Sociedad Mexicana de Trasplantes A.C. SOCIEDAD MEXICANA DE TRASPLANTES Cleveland 33-101 Col. Noche Buena del. Benito Juárez C.P. 03720 México, D.F. Tel: (55) 59-98-83-38 Email: secretariasmt@hotmail.com http://smt.org.mx	
	LLEGADA: SALIDA:	Fecha: Firma:	
	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)