



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 15 noviembre del 2018	
C. T.S. Iliana Sarahi Martínez Aguilar	R.F.C. MAAI850918
CATEGORIA O FUNCION: Trabajadora Social	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. Charcas, S.L.P.,
DURANTE 01 DIA. 16 de noviembre del 2018
OBJETIVO DE LA COMISION: Asistir Semana de Seguridad y Salud 2018
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
 NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

[Firma]
 DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO
 NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA	
GASTOS DE CAMINO	\$154.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__	<u>\$154.00</u>
PASAJES _____	\$ _____
GASOLINA _____	\$ _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____
OTROS _____	\$ _____
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL \$ _____	<u>\$154.00</u>
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.	
<i>[Firma]</i> T.S. ILIANA SARAHÍ MARTINEZ AGUILAR 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

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION SELLO
Charcas	LLEGADA: <u>10:00 hrs.</u> SALIDA: <u>15:00 hrs.</u>	
	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)