



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 15 noviembre del 2018	
C. L.E. Juan Fernando Trujillo Camacho	R.F.C. TUCJ851125CY8
CATEGORIA O FUNCION: Promotor en Salud	CLAVE: Comisionado
ADSCRIPCION: Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosí, 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: _____
AFECCACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO	DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

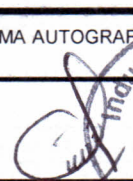
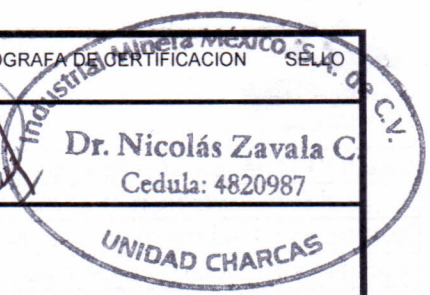
=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA GASTO/CAMINO \$154.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETO 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 \$ _____	USO DE VEHICULO PARTICULAR <input type="checkbox"/>
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL \$154.00	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.	
L.E. JUAN FERNANDO TRUJILLO CAMACHO 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
Charcas	LLEGADA: 10:00 hrs SALIDA: 15:00 hrs	 Dr. Nicolás Zavala C. Cedula: 4820987 
	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)