



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosi, S.L.P., 20 de Noviembre 2018	
C.TAMP. Hector Rafael Hernandez Isais	R.F.C. HEIH690425
CATEGORIA O FUNCION Paramedico	CLAVE Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.
SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Guadalajara, Jalisco	
DURANTE 01 DIA. 21 de Noviembre de 2018.	
OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado de personal del CETRA	
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 _____

<b>FUNCIONARIO SOLICITANTE</b>  DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	<b>=FIRMAS DE AUTORIZACION=</b>	<b>FUNCIONARIO QUE AUTORIZA</b>  DRA. THAYDEE GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
--	---------------------------------	--

=MINISTRACION DE GASTOS=	
CUOTA DIARIA	\$248.00
GASTOS DE CAMINO	\$0.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. _	\$248.00
PASAJES _____	\$ _____
GASOLINA _____	\$ _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____
OTROS _____	\$ _____
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL _____	\$248.00
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : <u>\$248.00</u> PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.	
TUM. HECTOR RAFAEL HERNANDEZ ISAIS FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=	
VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
USO DE VEHICULO PARTICULAR _____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
_____ 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
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	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)