CETRA
Centro Estatal de Trasplantes

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°_____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 15 de octubre del 2018

C. LIC EN ENF. Juan Pablo Medina Niño — R.F.C. MENJ900502QM3

CATEGORIA O FUNCION: Promotor en Salud — CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION: Dirección del Centro Estatal de Trasplantes — 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.

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

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO — DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA — NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA $1,736.00
GASTOS 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.

LIC. EN ENF. JUAN PABLO MEDINA NIÑO
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

Sociedad Mexicana de Trasplantes A.C.
Cleveland 33-101 Col. Noche Buena del. Benito Juárez C.P. 03720 México, D.F.
Tel: (55) 59-98-83-88
Email: secretariasmt@hotmail.com
http://smt.org.mx
Fecha:
Firma:

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA Y SELLO DE CERTIFICACION
Queretaro	LLEGADA: Martes 16 oct 21:45 SALIDA: Sabado 20 oct.	
	LLEGADA: SALIDA:	
	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)