CETRA
Centro Estatal de Trasplantes

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°_____

LUGAR Y FECHA: Cd. Vallles, S.L.P. 04 de octubre del 2018

C. Dr. Daniel García 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: San Luis Potosi, S.L.P.

DURANTE 02 DIAS . 05 Y 06 de octubre del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Asisitir al VI Concierto por la vida 2018.

MEDIO DE TRANSPORTE: Autobus

=*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

DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ — DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA — NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=*MINISTRACION DE GASTOS*=

CUOTA DIARIA
GASTO DE CAMINO 154.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_ _ $154.00

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

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

CUOTAS TRANSPORTACION_ _ _ _ _ $_____

OTROS_____ $_____
(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$154.00
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
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		CETRA Centro Estatal de Trasplantes San Luis Potosí, S.L.P.
	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)