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 de 2018

C.Tum. 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: Cd. Queretaro, Queretaro

DURANTE 01 DIA. 16 de octubre de 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado de personal de Direccioón General.

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

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

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA — NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA $_____

GASTOS DE CAMINO $248.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_ _ $248.00

PASAJES_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $_____

GASOLINA_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $_____

CUOTAS TRANSPORTACION_ _ _ _ _ $_____

OTROS_____ $_____
(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $248.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$248.00
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_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐

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
Queretaro	LLEGADA: Martes 16 oct 9:50 SALIDA: Miercoles 17 oct 13:00		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		

Sociedad Mexicana de Trasplantes A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE TRASPLANTES
Cleveland 55-101 Col. Niche
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: _____

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)