



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: Cd. Valles, S.L.P. 26 de noviembre 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 01 DIA . 26 de noviembre del 2018	
OBJETIVO DE LA COMISION: Asistir a Junta mensual del CETRA	
MEDIO DE TRANSPORTE: Autobus	

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO _____ 1	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFECCACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

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

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA GASTO DE CAMINO 154.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS 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 _____	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.	
<u>DR. DANIEL GARCIA GUERRERO</u> FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	_____ 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)