CETRA
Centro Estatal de Trasplantes

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 25 de octubre del 2018

C. Dr. Tomás Mata Quintana — R.F.C. MAQT860427L14

CATEGORIA O FUNCION Coordinador Médico — 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. Valles, S.L.P.,

DURANTE 01 DIA. 26 de octubre de 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Impartir platica de la Cultura de Donación de Organos y Tejidos en el Hospital General de Cd. Valles.

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

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

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA — NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA _____

GASTOS DE CAMINO $154.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_ _ $154.00

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

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

CUOTAS TRANSPORTACION_ _ _ _ _ $_____

OTROS_____ $_____

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $154.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$154.00
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.

DR. TOMAS MATA QUINTANA

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: _____		PODER EJECUTIVO FEDERAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS MEXICO, D. F.
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S. L. P.
	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)