



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 06 de junio del 2018

C. Dra. Thaydee Grissell Monsivais Santoyo

R.F.C. MOST 770616

CATEGORIA O FUNCION : Directora General

CLAVE Honorarios

ADSCRIPCION: Direccion del Centro Estatal de Trasplantes

RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Ciudad Valles, S.L.P

DURANTE 2 DIAS. Del 07 al 08 de junio del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Capacitación del Curso de Comunicación en situaciones criticas (malas noticias).

MEDIO DE TRANSPORTE: 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 \$ 257.00
 IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$257.00
 PASAJES _____ \$ _____
 GASOLINA _____ \$ _____
 CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____
 OTROS _____ \$ _____
 (ESPECIFICAR)
 IMPORTE TOTAL \$ 257.00

=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 _____

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$257.00

PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

LUGAR

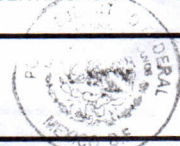
FECHA Y HORA

FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION

SELLO

Cd. Valles

LLEGADA: 7/06/18 18:00
SALIDA: 8/06/18 17:30



Cd. Valles
H.G. Cd. Valles

LLEGADA: 8/06/18 7:00
SALIDA: 8/06/18 17:30

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSI
HOSPITAL

LLEGADA: _____
SALIDA: _____



LLEGADA: _____
SALIDA: _____

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSI
HOSPITAL

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)