



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 08 de noviembre del 2018

C. DRA THAYDEE G MONSIVAIS SANTOYO

RFC

MOST770616BD4

CATEGORIA O FUNCION : DIRECTORA GENERAL

CLAVE

Honorarios asimilables a salarios

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: Cd. Valles, S.L.P.

DURANTE 01 DIA. 08 de noviembre de 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Apoyo logistico de proceso de donación 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

*[Firma]*  
DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

*[Firma]*  
DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

### =MINISTRACION DE GASTOS=

### =AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA  
GASTOS DE CAMINO

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO  
NO SUJETOS A COMPROBACION

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. *f 257.00*

PRORROGA DE COMISION  
NUM. DIAS

PASAJES \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

COMISIONES MAYORES A 90  
DIAS

GASOLINA \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

A LUGARES DONDE NO EXISTE  
AUTORIDAD SANITARIA

CUOTAS TRANSPORTACION \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O  
SEMOVIENTE

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL *f 257.00*

USO DE VEHICULO PARTICULAR

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :

*f 257.00*  
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO  
DE MI COMISION.

*[Firma]*  
DRA. THAYDEE G. MONSIVAIS SANTOYO

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
Cd. Valles	LLEGADA: 12:00 hrs 08/11/2018 SALIDA: 18:00 hrs 08/11/2018		 SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, 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)