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 del 2018

C. Dr. Eusermin Gamez Gómez — R.F.C. GAGE830602

CATEGORIA O FUNCION: Director Medico — 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. Queretaro, Queretaro

DURANTE 05 DIAS. DEL 16 al 20 de octubre del 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Asisitir al Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS 2 — PASAJES: $ ____ — CUOTAS DE TRANSPORTACION: ____

GASTOS DE CAMINO 1 — GASOLINA: $ ____ — OTROS: ____

AFECTACION: PROGRAMA ____ — SUB-PROGRAMA ____ — DIAS A PAGAR ____

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO SOLICITANTE

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA $2,060.00

GASTOS DE CAMINO $294.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_ _ $2,354.00

PASAJES_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $____

$____

GASOLINA_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $____

CUOTAS TRANSPORTACION_ _ _ _ _ $____

OTROS_____ $____

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ $ $2,354.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$2,354.00
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO
DE MI COMISION.

DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ

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 SALIDA: Sabado 20 oct	Sociedad Mexicana de Trasplantes A.C. SOCIEDAD MEXICANA DE TRASPLANTES Cleveland 33-101 Col. Noche Buena del. Benito Juárez C.P. 03720 México, D.F. Tel: (55) 59-98-83-88 Email: secretariasmt@hotmail.com http://smt.org.mx
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	Fecha: _____ Firma: _____
	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)