



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 15 de noviembre del 2018	
C. LIC EN ENF. Juan Pablo Medina Niño	R.F.C. MENJ900502QM3
CATEGORIA O FUNCION: Promotor en Salud	CLAVE Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Dirección del Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.
SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Cd. Charcas, S.L.P.,	
DURANTE 01 DIA. 16 de noviembre del 2018	
OBJETIVO DE LA COMISION: Asistir Semana de Seguridad y Salud 2018	
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 GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

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.		
 LIC. EN ENF. JUAN PABLO MEDINA NIÑO FIRMA EMPLEADO COMISIONADO		


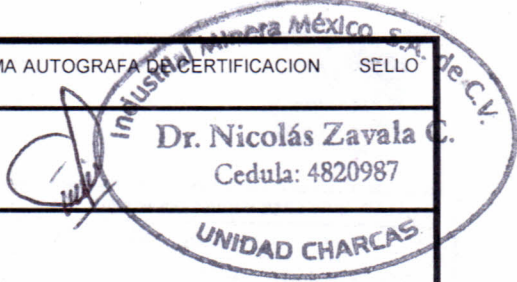
VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____	<input type="checkbox"/>
PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____	<input type="checkbox"/>
COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____	<input type="checkbox"/>
A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____	<input type="checkbox"/>
ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____	<input type="checkbox"/>
USO DE VEHICULO PARTICULAR _____	<input type="checkbox"/>
_____ 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
Charcas	LLEGADA: 10:00 hrs SALIDA: 15:00 hrs		 Dr. Nicolás Zavala C. Cedula: 4820987
	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)