



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISIÓN NO.

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

C. Dra. Dulce Maria Ojeda Ortiz

R.F.C. OEO851010NAO

CATEGORIA O FUNCION: Coordinador 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. Valles, S.L.P.,

DURANTE 01 DIA. 08 de noviembre de 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Apoyo en la coordinación de donación

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 :

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

DRA. DULCE MARIA OJEDA ORTIZ
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

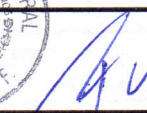

OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE

(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
Cd. Valles	LLEGADA: 12:00 09/11/2018 SALIDA: 18:00 09/11/2018		
	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)