



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 13 de Noviembre 2018

C.Tum. Hector Rafael Hernandez Isaís R.F.C. HEIH690425

CATEGORIA O FUNCION Paramedico CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION: 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 01 DIA. 14 de Noviembre de 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Apoyo de Trasplante

MEDIO DE TRANSPORTE: Automovil

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS 1 PASAJES: \$ \_\_\_\_\_ CUOTAS DE TRANSPORTACION: \_\_\_\_\_

GASTOS DE CAMINO \_\_\_\_\_ GASOLINA: \$ \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

AFECTACION: PROGRAMA \_\_\_\_\_ SUB-PROGRAMA \_\_\_\_\_ DIAS A PAGAR \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO SOLICITANTE <u>DR. EUSERMIN GOMEZ GOMEZ</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA	<b>=FIRMAS DE AUTORIZACION=</b>	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA <u>DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO</u> NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA
--	---------------------------------	---

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA <u>\$154.00</u> GASTOS DE CAMINO \$0.00 IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ <u>\$154.00</u> PASAJES _____ \$ _____ GASOLINA _____ \$ _____ CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____ OTROS _____ \$ _____ (ESPECIFICAR) IMPORTE TOTAL _____ <u>\$154.00</u> RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : <u>\$154.00</u> PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION. TUM. HECTOR RAFAEL HERNANDEZ ISAIS FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____ <input type="text"/> PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____ <input type="text"/> COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____ <input type="text"/> A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____ <input type="text"/> ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____ <input type="text"/> USO DE VEHICULO PARTICULAR _____ <input type="text"/> _____ NOMBRE Y FIRMA

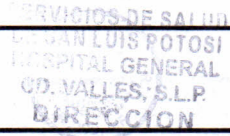
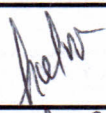
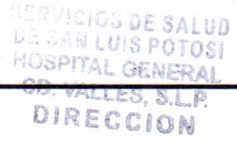

OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE  
 (CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

\_\_\_\_\_

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		 
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		 
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
<b>CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES</b> FIRMA AUTOGRAFA DEL FECHA: _____ JEFE INMEDIATO SUP. _____			
<b>LIQUIDACION DE GASTOS</b>			
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)