



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 17 de noviembre del 2018

C. Dr. Tomás Mata Quintana R.F.C. MAQT860427L14

CATEGORIA O FUNCION Coordinador Médico 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: Cd. Fresnillo, Zacatecas

DURANTE 01 DIA. 17 de noviembre de 2018.

OBJETIVO DE LA COMISION: Coordinar proceso de donación y traslado en el Hospital General de Fresnillo, Zacatecas.

MEDIO DE TRANSPORTE: Helicoptero

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS PASAJES: \$ CUOTAS DE TRANSPORTACION:

GASTOS DE CAMINO 1 GASOLINA: \$ OTROS:

AFECCACION: 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=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA

GASTOS DE CAMINO \$248.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$248.00

PASAJES \$

GASOLINA \$

CUOTAS TRANSPORTACION \$

OTROS \$

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL \$248.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :

\$248.00

PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO

DE MI COMISION.

DR. TOMAS MATA QUINTANA

FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

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 SETEO
	LLEGADA: <u>17/11/18</u> <u>9:30 Hrs.</u> SALIDA: <u>17/11/18</u> <u>14:00 Hrs.</u>	 HOSPITAL GENERAL FRESNILLO, ZAC. DIRECCIÓN
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	

CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES

FIRMA AUTOGRAFA DEL

FECHA: _____ 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)