CETRA

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°_____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 15 de Octubre del 2018

C. Lic. Ernesto Solis Torres — R.F.C. ZOTE6211072CA

CATEGORIA O FUNCION Asesor Juridico — 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: Queretaro, Qro

DURANTE 2 DIA. 19 al 20 de Octubre del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Reunión Nacional de los Consejos Estatales y Coordinaciones Institucionales

MEDIO DE TRANSPORTE: Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS 1 — 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

DRA. THAYDEE GRISSELL MOSIVAIS SANTOYO — DRA. THAYDEE GRISSEL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA — NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA $ 515.00

GASTO/CAMINO 294.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. $ 809.00

PASAJES_____ $_____

$_____

GASOLINA_____ $_____

CUOTAS TRANSPORTACION_____ $_____

OTROS_____ $_____

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _____ $_____

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
$ 809.00 QUE COMPROBARE EN UN
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO
DE MI COMISION.

LIC. ERNESTO SOLIS TORRES

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 Y
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	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 Fecha: _____ Firma: _____
	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)