



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 08 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. Valles, S.L.P.,	
DURANTE 01 DIA. 08 de noviembre del 2018	
OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado de personal y procuración de tejido corneal.	
MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo 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 GRISELL 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 :  
\$154.00

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

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

**=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=**

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

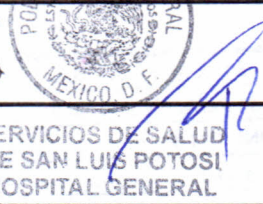

OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE  
(CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR)

\_\_\_\_\_

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	SELLO
Cd. Valles	LLEGADA: 11:55 08/11/2018 SALIDA: 19:05 08/11/2018		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S. L. P.	
	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)