



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: Ciudad Valles, S.L.P., 14 de Noviembre 2018	
C.TAMP. Hector Rafael Hernandez Isaais	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 Traslado de órganos.

MEDIO DE TRANSPORTE: Automovil

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS <u>1</u>	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO <u>1</u>	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFECTACION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

DR. EUSERMÍN GAMEZ GOMEZ

DRA. THAYDEE GRISSELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=


<table style="width: 100%;"> <tr> <td>CUOTA DIARIA</td> <td style="text-align: right;"><u>\$248.00</u></td> </tr> <tr> <td>GASTOS DE CAMINO</td> <td style="text-align: right;">\$0.00</td> </tr> <tr> <td>IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_</td> <td style="text-align: right;"><u>\$248.00</u></td> </tr> <tr> <td>PASAJES _____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>GASOLINA _____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>CUOTAS TRANSPORTACION _____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>OTROS _____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(ESPECIFICAR)</td> </tr> <tr> <td>IMPORTE TOTAL _____</td> <td style="text-align: right;"><u>\$248.00</u></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : <u>\$248.00</u></p> <p style="text-align: center;">PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION.</p> <p style="text-align: center;">TUM. HECTOR RAFAEL HERNANDEZ ISAIS FIRMA EMPLEADO COMISIONADO</p>	CUOTA DIARIA	<u>\$248.00</u>	GASTOS DE CAMINO	\$0.00	IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_	<u>\$248.00</u>	PASAJES _____	\$ _____	GASOLINA _____	\$ _____	CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____	OTROS _____	\$ _____	(ESPECIFICAR)		IMPORTE TOTAL _____	<u>\$248.00</u>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>COMISIONES MAYORES A 90 DIAS _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>USO DE VEHICULO PARTICULAR _____</td> <td style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">_____ NOMBRE Y FIRMA</p>	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 _____	
CUOTA DIARIA	<u>\$248.00</u>																														
GASTOS DE CAMINO	\$0.00																														
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C_	<u>\$248.00</u>																														
PASAJES _____	\$ _____																														
GASOLINA _____	\$ _____																														
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$ _____																														
OTROS _____	\$ _____																														
(ESPECIFICAR)																															
IMPORTE TOTAL _____	<u>\$248.00</u>																														
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 _____																															

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: <u>16:30 h.</u>	Dr. Luis Miguel Román Pintos	 Hospital Angeles DEL CARMEN DIRECCION DE SERVICIOS CLINICOS
	SALIDA: _____	<i>[Firma]</i>	
	LLEGADA: _____	DGP 4831763 CE 10439932	
	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)