



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 21 de septiembre del 2018

C. ING. HECTOR MIGUEL ORTIZ SALGADO R.F.C. OISH820212

CATEGORIA O FUNCION Encargado de sistemas e imagen CLAVE

ADSCRIPCION: Direccion del Centro Estatal de Trasplantes RESIDENCIA San Luis Potosí, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Cd. de Mexico

DURANTE 2 DIA. 24 al 25 de septiembre del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Celebración del Día Nacional de la Donación y Trasplantes de Organos 2018

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

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

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

AFECTACION: PROGRAMA _____ SUB-PROGRAMA _____ DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO

THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA \$868.00

GASTO DE CAMINO

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. \$ 868.00

PASAJES _____

GASOLINA _____

CUOTAS TRANSPORTACION \$ _____

OTROS \$ _____

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL \$ _____

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

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
 \$ 868.00 QUE COMPROBARE EN UN
 PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO
 DE MI COMISION.

ING. HECTOR MIGUEL ORTIZ SALGADO
 FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

AREA SOLICITANTE
 (CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR

CERTIFICACION DE PERMANENCIA

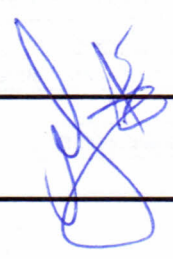
LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION	Y
-------	--------------	----------------------------------	---

LLEGADA: 24/09/2018 21:00 hrs
 SALIDA: 25/09/2018 11:30 hrs

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)