



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 20 de noviembre del 2018

C. Dra. Thaydee Grissell Monsivais Santoyo

R.F.C. MOST 770616

CATEGORIA O FUNCION : Directora General

CLAVE Honorarios

ADSCRIPCION: Direccion del Centro Estatal de Trasplantes

RESIDENCIA San Luis Potosi, S.L.P.

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: San Carlos Nuevo Guaymas, Sonora.

DURANTE 4 DIAS. 21 al 24 de noviembre del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Reunión Nacional de Coordinadores de Donación.

Congreso Nacional de la Sociedad Mexica de Trasplantes

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial y Aereo.

### =AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____	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

  
 DRA. THAYDEE GRISSEELL MONSIVAIS SANTOYO  
 NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

  
 DRA. THAYDEE GRISSEELL MONSIVAIS SANTOYO  
 NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA


### =MINISTRACION DE GASTOS=

CUOTA DIARIA	\$	
GASTOS DE CAMINO	\$	377.00
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__	\$	377.00
PASAJES _____	\$	
GASOLINA _____	\$	
CUOTAS TRANSPORTACION _____	\$	
OTROS _____	\$	
(ESPECIFICAR)		
IMPORTE TOTAL \$	\$	377.00

### =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"/>

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :  
 \$377.00  
 PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO  
 DE MI COMISION.

  
 DRA. THAYDEE GRISSEELL MONSIVAIS SANTOYO  
 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	SELLO
	LLEGADA: <u>23/11/18</u> <u>9:00</u>		
	SALIDA: <u>23/11/18</u> <u>13:00</u>		
	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)