



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P.,	jueves, 2 de diciembre de 2021
C. TAMP Hector Rafael Hernandez Isais	RFC: HEIH690425
CATEGORIA O FUNCION: Paramedico	CLAVE: Honorarios asimilables a salarios
ADSCRIPCION: Centro Estatal de Trasplantes	RESIDENCIA: San Luis Potosí, SLP

SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SE LE CONFIERE COMISION A: Rio Verde

DURANTE: 1 día del 2 de diciembre de 2021 al 2 de diciembre de 2021

OBJETIVO DE LA COMISION: Electroencefalograma

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS	0	PASAJES: s	CUOTAS DE TRANSPORTACION:
GASTOS DE CAMINO	1	GASOLINA: s	OTROS:
AFECTACION: PROGRAMA		SUB-PROGRAMA	DIAS A PAGAR

FUNCIONARIO SOLICITANTE	=FIRMAS DE AUTORIZACION=	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA
Dr. Ricardo Díaz de León Navarro		Dra. Eusermin Gamez Gomez
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA		NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA \$0.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION <input type="checkbox"/>
GASTOS DE CAMINO \$154.00	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS <input type="checkbox"/>
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$154.00	COMISIONES MAYORES A 90 DIAS <input type="checkbox"/>
PASAJES \$	A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA <input type="checkbox"/>
GASOLINA \$	ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE <input type="checkbox"/>
CUOTAS TRANSPORTACION \$	USO DE VEHICULO PARTICULAR <input type="checkbox"/>
OTROS \$	
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL \$154.00	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$154.00	
QUE DEBERÉ COMPROBAR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TÉRMINO DE MI COMISION.	
C. TAMP Hector Rafael Hernandez Isais	
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO	NOMBRE Y FIRMA

OBSERVACIONES:

AREA SOLICITANTE (CONTROL INTERNO JEFE INMEDIATO SUPERIOR) _____

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD _____

CERTIFICACION DE PERMANENCIA



LUGAR	FECHA Y HORA	FIRMA AUTOGRAFA DE CERTIFICACION
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____	LTS. Luz Elena Izaguirre Luz Elena Izaguirre
	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)