



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N°

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 25 de enero del 2018	
C. Dr. Eusermin Gamez Gómez	R.F.C. GAGE830602
CATEGORIA O FUNCION: Director Medico	CLAVE Honorarios asimilables a salarios
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: Cd. Valles, S.L.P.

DURANTE 01 DIA. 26 de enero del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Reunión de trabajo en el Hospital General de Cd. Valles.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehiculo Oficial

=AUTORIZACION DE GASTOS=

VIATICOS _____	PASAJES: \$ _____	CUOTAS DE TRANSPORTACION: _____
GASTOS DE CAMINO _____ 1	GASOLINA: \$ _____	OTROS: _____
AFECCION: PROGRAMA _____	SUB-PROGRAMA _____	DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE	=FIRMAS DE AUTORIZACION=	FUNCIONARIO QUE AUTORIZA
<i>[Firma]</i> DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO		<i>[Firma]</i> DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA		NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA


=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA GASTOS DE CAMINO \$190.00	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO NO SUJETOS A COMPROBACION <input type="checkbox"/>
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. \$190.00	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS <input type="checkbox"/>
PASAJES _____ \$ _____	COMISIONES MAYORES A 90 DIAS <input type="checkbox"/>
GASOLINA _____ \$ _____	A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA <input type="checkbox"/>
CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____	ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE <input type="checkbox"/>
OTROS _____ \$ _____	USO DE VEHICULO PARTICULAR <input type="checkbox"/>
(ESPECIFICAR)	
IMPORTE TOTAL _____ \$ 190.00	
RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE : \$190.00	
PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO DE MI COMISION	
DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ 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
H.G. Cd. Valles Cd. Valles	LLEGADA: <u>10:30 hrs.</u> SALIDA: <u>15:00 hrs.</u>		 <p>SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD VALLES, S. L. P.</p>
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES			
FECHA: _____	FIRMA AUTOGRAFA DEL 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)