



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 25 de enero del 2018

C. LIC EN ENF. Juan Pablo Medina Niño

R.F.C. MENJ900502QM3

CATEGORIA O FUNCION: Promotor en Salud

CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION: Dirección del Centro Estatal de Trasplantes

RESIDENCIA San Luis Potosí, 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: _____
 AFECTACION: PROGRAMA _____ SUB-PROGRAMA _____ DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

[Firma]
DRA. THAYDEE GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO

[Firma]
DRA. THAYDEE GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=

=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=

CUOTA DIARIA
GASTOS DE CAMINO \$154.00

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C. \$154.00

PASAJES \$ _____

GASOLINA \$ _____

CUOTAS TRANSPORTACION _____

OTROS \$ _____
(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL \$154.00

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
\$154.00

PLAZO NO MAYOR DE 5 DIAS DESPUES DEL TERMINO
DE MI COMISION.

[Firma]
LIC. EN ENF. JUAN PABLO MEDINA NIÑO
FIRMA EMPLEADO COMISIONADO

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

NOMBRE Y FIRMA

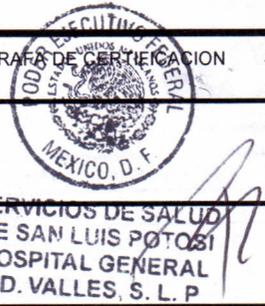
OBSERVACIONES:

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, S.L.P.	LLEGADA: <u>10:30 hrs</u> SALIDA: <u>15:00 hrs</u>		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
	LLEGADA: _____ SALIDA: _____		
CERTIFICACION DE REANUDACION DE LABORES 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)