



# CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: San Luis Potosí, S.L.P., 22 de Agosto del 2018

C.Tum. Hector Rafael Hernandez Isaís R.F.C. HEIH690425

CATEGORIA O FUNCION Paramedico CLAVE Honorarios asimilables a salarios

ADSCRIPCION: 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. 23 de agosto del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Traslado del personal del CETRA al Hospital General de Valles a la Inauguración de la oficina del Coordinador Hospitalario.

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
DR. EUSERMIN GAMEZ GOMEZ		DRA. THAYDEE GRISELLE MONSIVAIS SANTOYO
NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA		NOMBRE Y FIRMA AUTOGRAFA

=MINISTRACION DE GASTOS=	=AUTORIZACIONES ESPECIFICAS=
CUOTA DIARIA \$ _____	VIATICOS O GASTOS DE CAMINO <input type="text"/>
GASTOS DE CAMINO \$154.00	NO SUJETOS A COMPROBACION _____
IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$154.00	PRORROGA DE COMISION NUM. DIAS <input type="text"/>
PASAJES _____ \$ _____	COMISIONES MAYORES A 90 DIAS <input type="text"/>
GASOLINA _____ \$ _____	A LUGARES DONDE NO EXISTE AUTORIDAD SANITARIA _____
CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____	ARRENDAMIENTO DE VEHICULO O SEMOVIENTE _____
OTROS _____ \$ _____	USO DE VEHICULO PARTICULAR _____
(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.	
TUM. HECTOR RAFAEL HERNANDEZ ISAIS 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
hospital gen. Cd. Valles	LLEGADA: <u>10:00</u> SALIDA: <u>12:30</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)