



CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES

OFICIO DE COMISION N° _____

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

C. Lic. Ernesto Solís Torres R.F.C. SOTE6211072CA

CATEGORIA O FUNCION : Asesor Juridico 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. 23 de agosto del 2018

OBJETIVO DE LA COMISION: Asistir a la Inauguración de la oficina del Coordinador Médico 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: _____

AFFECTACION: PROGRAMA _____ SUB-PROGRAMA _____ DIAS A PAGAR _____

FUNCIONARIO SOLICITANTE

=FIRMAS DE AUTORIZACION=

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA

DRA. THAYDEE GRISELL MONSIVAIS SANTOYO

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

IMPTE. VIATICOS O GASTOS DE C__ \$190.00

PASAJES _____ \$ _____

GASOLINA _____ \$ _____

CUOTAS TRANSPORTACION _____ \$ _____

OTROS _____ \$ _____

(ESPECIFICAR)

IMPORTE TOTAL _____ \$ 190.00

VIATICOS O GASTOS DE CAMINO
NO SUJETS 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 _____

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD DE :
\$190.00

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

LIC. ERNESTO SOLIS TORRES
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 Gral cd. Valles	LLEGADA: <u>10:00</u> SALIDA: <u>12:30</u>		
	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)