



EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN.

NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS

Y PASAJES: _____

002945

**POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA
ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN.**

HAGO CONSTAR QUE EL C. _____ Fátima Sofia Lugo Moo

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: _____ Señor, Santa Rosa y Tixcalcal

LOS DÍAS: _____ 18 al 19 de Agosto.

Ma. Victoria Flores

NOMBRE Y FIRMA

JURISDICCIÓN SANITARIA No. _____
CENTRO DE SALUD RURAL
SANTA ROSA II
PROSPERA
SELLO

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERÓ LA COMISIÓN

**EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS EN TIEMPO
Y FORMA CON BASE EN LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS.**

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

[Signature]

NOMBRE Y FIRMA


GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. _____
SELLO

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizarán transferencias de datos personales, para atender requerimientos del artículo 91 Fracción IX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/aviso-de-privacidad>.

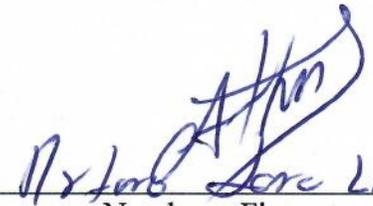


**CONSTANCIA DE DESEMPEÑO DE LABORES O COMISIONES TEMPORALES
EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN.**


Josefina Reyes Martínez
Nombre y Firma


SECRETARIA DE SALUD
GOBIERNO DEL EDO, DE Q. ROO
JURISDICCION SANITARIA No III
UNIDAD MEDICA
TIXCACAL GUARDIA, Q, ROO

Sello


Roberto López Licona
Nombre y Firma

 
QUINTANA ROO
PROGRAMA DEL ESTADO
2016 - 2022
JURISDICCION SANITARIA No. 3
CENTRO DE SALUD
RURAL
SEÑOR
QRSSA000204
PROSPERA
PROGRAMA
DE INGRESOS SOCIALES
Sello

Nombre y Firma

Sello

Nombre y Firma

Sello

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizarán transferencias de datos personales, para atender requerimientos del artículo 91 Fracción IX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/avisos-de-privacidad>.