S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	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 informo que los Servicios Estratoles de Soliul (SESA) reolizarán transferencias de dotos personales, pora otender requerimentos del artículo 91 Fracción IX de lo Ley de Transparencio 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://taroo.gab.mx/sess/avisos-de-privacidad.	EL TITULAR DE LA DNIDAD RESPONSABLE GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROC SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DRA. DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 3 NOMBRE Y FIRMA	- A S O A P S O A	LABORO EN ESTA CIUDAD DE: SAN FELIPE BERRIUZABAL LOS DÍAS: 16 DE OCTUBRE AL 17 DE OCTUBRE DEL 2018	IONARIO RESPONS VTE LA CUAL SE DE ENFRA. F		CONSTANCIA DE DESEMPEÑO DE LABORES O COMISIONES TEMPOR EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN. 16. NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN Y PASAJES: 3871	SALUD Secretaria de Salud y Directora General GARAGANANA
---------------------------------------	--	--	-------------------	--	--	--	--	--