

Anexo IV

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

NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS
Y PASAJES: 004524

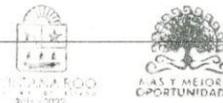
POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA
ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN.

HAGO CONSTAR QUE EL C. RAUL RODOLFO BRICEÑO KU

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: ADOLFO L.MATEOS , GAVILANES

LOS DÍAS: 14 DE DICIEMBRE DEL 2018

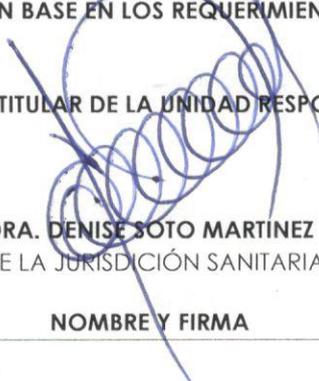

NOMBRE Y FIRMA


JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
CENTRO DE SALUD
RURAL
ADOLFO LÓPEZ MATEOS
CRSSA017675
PROSPERA
PROGRAMA
DE INCLUSIÓN SOCIAL
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


DRA. DENISE SOTO MARTÍNEZ
JEFA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° 3

NOMBRE Y FIRMA


GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
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>.



QUINTANA ROO



MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3

CENTRO DE SALUD

RURAL

GÁVILANES

GRSSA001300

PROSPERA

PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL

Eduardo *[Signature]*



SELLO

[Signature]
NOMBRE Y FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SELLO

EL TÍTULO DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

DR. *[Signature]*
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3

NOMBRE Y FIRMA

El presente documento es un certificado de cumplimiento de los requisitos para la inscripción de la entidad responsable en el registro de la Secretaría de Salud, en el marco del Programa de Inclusión Social. Este documento es válido por un periodo de un año a partir de la fecha de expedición. La Secretaría de Salud se reserva el derecho de verificar el cumplimiento de los requisitos en cualquier momento. En caso de no cumplir con los requisitos, se procederá a la cancelación del registro. Este documento es de uso interno y no debe ser exhibido al público. La información contenida en este documento es confidencial y no debe ser divulgada a terceros. La presente es una copia de un documento original que se encuentra en el expediente de la entidad responsable. La información contenida en este documento es confidencial y no debe ser divulgada a terceros. La presente es una copia de un documento original que se encuentra en el expediente de la entidad responsable.