



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: 004520

**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: SAN FELIPE I, CANDELARIA, PUERTO ARTURO

11 DE DICIEMBRE DEL 2018

LOS DÍAS: _____


CARLOS ADÁN REQUENA
NOMBRE Y FIRMA



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 MARTINEZ
JEFA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° 3

NOMBRE Y FIRMA



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>.



JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
CENTRO DE SALUD RURAL
CANDELARIA
 QRSSA001242
PROSPERA
 PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL

E.G. *Alfonso Ayubillo*



JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
CENTRO DE SALUD RURAL
SAN FELIPE I
 QRSSA001365
PROSPERA
 PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL

002520 *D. Adrien Hider Pico*

FOR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ANTES LA CUAL SE DESARROLLA LA COMISION

HAGO CONSTAR QUE EL C. *[Signature]*

LABORO EN ESTA CIUDAD DE *[Signature]*

LOS DIAS *[Signature]*

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
CENTRO DE SALUD RURAL
PUERTO ARTURO
 QRS00000000
PROSPERA
 PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL

[Signature]
 NOMBRE Y FIRMA

POR LA DEPENDENCIA QUE CENEN LA COMISION

EL COMPROBADO CUMPLIO CON LOS TRABAJOS ENCARGADOS EN TIEMPO Y FORMA CON BASE EN LOS REGLAMIENTOS ESTABLECIDOS

EL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA



ESTADO DE QUINTANA ROO
 GOBIERNO DEL ESTADO
 JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3
 SELLO

[Signature]
 NOMBRE Y FIRMA

Me comprometo a cumplir con el presente contrato de trabajo en el centro de salud rural de Puerto Arturo, QRS00000000, en el estado de Quintana Roo, por el periodo de tiempo que se indica en el presente contrato, con un salario mensual de \$1,200.00 (mil doscientos dólares) más prestaciones de ley, y a cumplir con las obligaciones que se establecen en el presente contrato, así como con las disposiciones de la ley y de los reglamentos que se aplican en materia de trabajo y de salud pública.