

Dependencia: SERV. ESTATALES DE
SALUD

Dirección: HOSPITAL GRAL. DE FCP.

Área: DIRECCIÓN

Oficio No: S/N

Asunto: SE COMUNICA COMISIÓN

2019, Año del Respeto a los Derechos Humanos

Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, a 31 de Enero de 2019

DR. MARIO TAFOLLA GARCÍA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
DE FELIPE CARRILLO PUERTO
P R E S E N T E:

Por este medio comunico a usted, que deberá llevar a cabo la siguiente comisión:
trasladarse a la ciudad de Chetumal para asistir al curso **“Transparencia que se
realizan en la Secretaría de Gobierno del Estado de Quintana Roo”**, el día 31
de enero del año en curso a las 9:00 am.

Sin otro particular y esperando contar con su colaboración quedo de usted.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCION
EL ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL GENERAL

C. MANUEL ALAMILLA BALAM



Hospital General de Felipe Carrillo Puerto
Av. Benito Juárez, Calle 51 entre 68, Col. Juan B. Vega # 755
CP. 77250 Tel. (983) 83 40092
Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, México



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MSP. Alejandra Aguirre Crespo
Secretaria de Salud y Directora General
de los Servicios Estatales de Salud



SESA
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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: 27/2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL
C.

C DR. MARIO TAFOLLA GARCIA

LABORO EN ESTA CIUDAD
DE:

CHETUMAL, QUINTANA ROO

LOS DÍAS:

31 DE ENERO DEL 2019

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

CP MANUEL ALAMILLA BALAM

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/aviso-de-privacidad>.