



Anexo IV

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

NUM. DE OFICIO DE LA ORDE DE MINISTRACION DE VIATICOS
Y PASAJES: 165/2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. ENFERMERO: RAUL GUATZON malderado

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: CHETUMAL, Q.ROO

LOS DIAS: 21 / FEBRERO / 2019

L. E. Gonzalez Blanco V.
NOMBRE Y FIRMA

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL MORELOS

SELLO

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERO LA COMISION

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

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

C. DR. MARIO TAFOLLA GARCIA

NOMBRE Y FIRMA

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE

SELLO

Me comprometo a proporcionar el soporte exigido en materia de viáticos y/o pasajes, por el comisionado y por la dependencia correspondiente y en su caso, en el momento de ser requerido, dentro de un periodo máximo de 5 días hábiles de la solicitud en el evento de no contar con el soporte, a menos que sea de otro tipo el soporte correspondiente de su unidad en la que se requiera que aplique.
De la información que los Servicios Estatales de Salud (SESA) solicitan transfieren de datos personales, para atender requerimientos del artículo 17, fracción II 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/secretaria-de-salud>



Resultados
PUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 155

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES SRC 0 / 1

Fecha de Referencia 21/02/2019
Nombre del Paciente Jesica Yael Marina Jimenez No de control 15802
Domicilio del Paciente condado
Motivo de envío Embarazo de 35,3 semanas Diagnóstico APP
(Impresión diagnóstica) Definitivo
Unidad a la que se refiere HC Especialidad o Servicio GYN
(Consulta guía de referencia)

Edad	Sexo
<u>21</u> Años	<u>M</u>
Meses	<u>F</u>
URG	<u>SI</u> <u>NO</u>

Nombre y Firma del Paciente o Familiar