

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

NUM. DE OFICIO DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION DE VIATICOS
Y PASAJES: 180 / 2019

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

RAUL GUATZOON MALDONADO

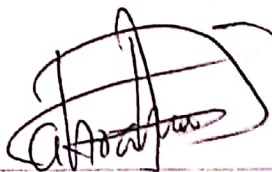
HAGO CONSTAR QUE EL C

LABORO EN ESTA CIUDAD
DE:

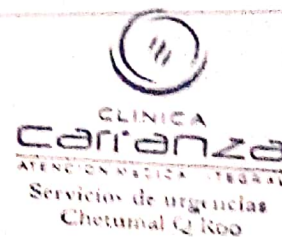
CHETUMAL Q, ROO

25 / FEBRERO / 2019

LOS DIAS:



NOMBRE Y FIRMA



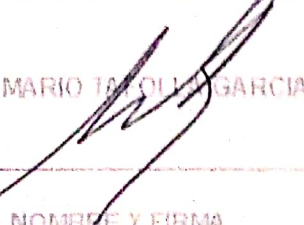
SELLO

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

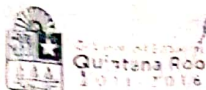
C DR. MARIO TAJOU GARCIA


NOMBRE Y FIRMA



SELLO

Me comprometo a proporcionar el soporte exigido en materia de recursos para la atención médica y para la administración de los recursos, y en el momento que los recursos no sean suficientes, daré cuenta de ello a la autoridad correspondiente. Asimismo, me comprometo a proporcionar el soporte exigido en materia de recursos para la atención médica y para la administración de los recursos, y en el momento que los recursos no sean suficientes, daré cuenta de ello a la autoridad correspondiente. Asimismo, me comprometo a proporcionar el soporte exigido en materia de recursos para la atención médica y para la administración de los recursos, y en el momento que los recursos no sean suficientes, daré cuenta de ello a la autoridad correspondiente.



Resultados
DE LOS EXÁMENES PARA EL DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 167

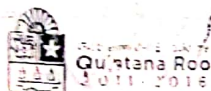
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 01

Fecha de Referencia 25/02/19 No. de control _____
Nombre del Paciente CITA LICIA MULLIN
Domicilio del Paciente CONOCIDA
Motivo de envío POURWITON / HERNANDEZ Diagnóstico Definitivo SUP Dm
(Impresión diagnóstica)
Unidad a la que se refiere CLINICA COMUNITARIA Especialidad o Servicio UNAGUAY TUNTO
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo
Años	Meses	M
57 A		URG SI NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar



Resultados
DE LOS EXÁMENES PARA EL DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 164

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 0

Fecha de Referencia 23/02/17 No. de control _____
Nombre del Paciente GUILLERMO YIHUAT DZUL
Domicilio del Paciente CLINICA
Motivo de envío TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA Diagnóstico Definitivo FX DE FRACTURA DE
(Impresión diagnóstica)
Unidad a la que se refiere CLINICA (HABONZA) Especialidad o Servicio TRAUMATOLOGIA Y ORTO
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo
Años	Meses	M
		URG SI N

Nombre y Firma del Paciente o Familiar