

Ministerio de Salud y Director General
de los Servicios Estatales de Salud



Anexo IV

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

NUM. DE OFICIO DE LA ORDE DE MINISTRACION DE VIATICOS
Y PASAJES: 227/ 2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C

ENFERMERO: RAUL GUATZOZON MALDONADO

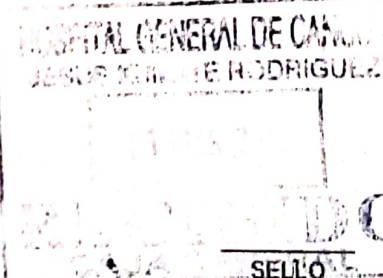
LABORO EN ESTA CIUDAD
DE:

CANCUN Q.ROO

LOS DIAS:

11 / MARZO / 2019

NOMBRE Y FIRMA



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

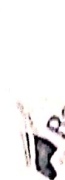


SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
FELIPE CARRILLO PUERTO
DIRECCION
SELO

Se garantiza y garantiza el acceso a la información pública en concepto de viáticos y/o pasajes, por el tiempo otorgado y con la documentación correspondiente y en su caso, cuando sea necesario, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de no contar con esta información, se deberá dar a conocer al interesado el tiempo correspondiente de su salida en la cantidad que aplique.
Se informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizan una selección de datos personales, para atender requerimientos del artículo 21 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://goa.gob.mx/esa/quintana-roo-privacidad>.



Quintana Roo



Resultados

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Fecha de Referencia 11.02.19
Nombre del Paciente Ariel
Domicilio del Paciente
Motivo de envío
Unidad a la que se refiere
(Consultar para de referencia)

TCE Severo
H. Gual de Cancun

No. de control

Diagnóstico Definitivo

Especialidad o Servicio

urg.

Nº 213

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

SRC 011

Mojes

M

F

SI

NO

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.

urg.