



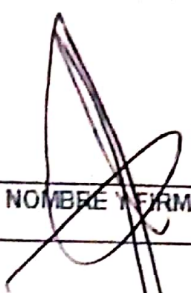
Anexo IV

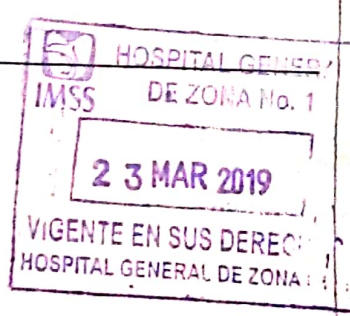
CONSTANCIA DE DESEMPEÑO DE LABORES O COMISIONES TEMPORALES EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN.

NUM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACION DE VIATICOS
Y PASAJES: 263/ 2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C ENFERMERO: RAUL GUATZON MALDONADO
LABORO EN ESTA CIUDAD DE: CHETUMAL, Q.ROO
LOS DIAS: 23/MARZO/2019


NOMBRE Y FIRMA


SELLO

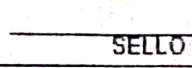
POR LA DEPENDENCIA QUE GENERO LA COMISION

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 TAFOLLA GARCIA


NOMBRE Y FIRMA


SELLO

Me comprometo a proporcionar el reporte exigido en concepto de viáticos y/o pasajes, por el tiempo otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso, reportar los gastos no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de que no se otorgue el reembolso por parte de la dependencia de origen, sobreponiendo de vez cuando en la quincena que aplica. Se le informo que los Servicios Especiales de Salud (SESA) realizarán transferencia de datos personales, para atender requerimientos del artículo 51 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/areas/areas-de-privacidad>.

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 271

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 0 / 1

Fecha de Referencia 23/03/2019 No. de control _____
Nombre del Paciente AK. Eusebio H. Cruz
Domicilio del Paciente 16 F. ...
Motivo de envío ... Diagnóstico Definitivo ...
(Impresión diagnóstica) ...
Unidad a la que se refiere ... Especialidad o Servicio ...
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo
Años	Meses	M ☐ F ☒
48		URG ☒ NO ☐

Victor Manuel Cenabale
Nombre y Firma del Paciente o Familiar

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 272

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 0 / 1

Fecha de Referencia 23/03/2019 No. de control _____
Nombre del Paciente Aurelio Perez Kumul
Domicilio del Paciente Chenhues, T. P.
Motivo de envío ... Diagnóstico Definitivo ...
(Impresión diagnóstica) Dib. de ... / NHE / PM2 de ...
Unidad a la que se refiere 162 Chenhues Especialidad o Servicio Urgencia / ...
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo
Años	Meses	M ☐ F ☒
58		URG ☒ NO ☐

Nombre y Firma del Paciente o Familiar