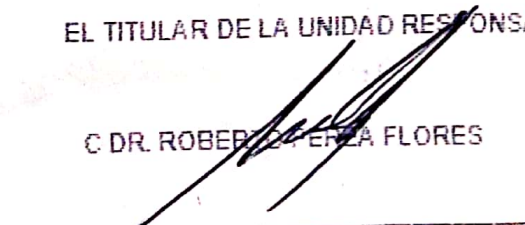


Anexo IV

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

NUM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACION DE VIATICOS	
PASAJES:	655/2019

POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN.	
HAGO CONSTAR QUE EL C.	ENFERMERO : RAUL GUATZOZON MALDONADO
LABORO EN ESTA CIUDAD DE:	CHETUMAL, QUINTANA ROO
LOS DIAS:	03 DE AGOSTO 2019
 NOMBRE Y FIRMA	
	

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERO LA COMISIÓN	
EL COMISIONADO CUMPLIÓ CON LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS EN TIEMPO Y FORMA CON BASE EN LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS.	
EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE	
C DR. ROBERTO FLORES	
 NOMBRE Y FIRMA	
	

Me comprometo a comprobar el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto asignado y con la documentación correspondiente, y en su caso, presentar los comprobantes de pago, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de no ser obligada, en caso de no ser desvirtuada 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 21 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/esa/quintana-roo-privacidad>.



Quintana Roo
30/11/2016

Resultados
CONSEJO DE SALUD PARA TODOS

SECRETARIA DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

Fecha de Referencia: 02/10/2016
Nombre del Paciente: Jimenez Camara Sofia
Domicilio del Paciente: H6 Chel
Motivo de envío: No. de control
(Impresión diagnóstica)
Unidad a la que se refiere: Sr. Capelucande
(Consulta guía de referencia)

Diagnóstico Definitivo

Especialidad o Servicio: Sr. Capelucande
Pediatría

No. 705		SRC 011	
Años	Edad	Meses	Sexo
	4		M
		URG	NO
		☒	☒

Nombre y Firma del Paciente o Familiar