

**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: 674/2019

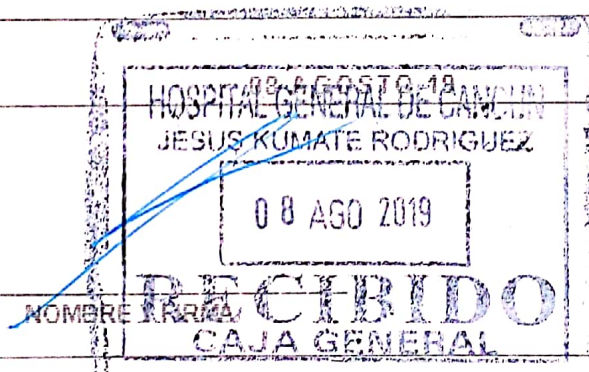
POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA
ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN.

HAGO CONSTAR QUE EL C. ENFERMERO RAUL GUATZOZON MALDONADO

LABORO EN ESTA CIUDAD
DE:

CANCUN QUINTANA ROO

LOS DIAS:



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. ROBERTO PEREZ FLORES

NOMBRE Y FIRMA



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

SELLO

Me comprometo a proporcionar el informe solicitado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente y en su caso, cuando los reportes no devueltos dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de no ser así, autorizo que sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique. Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SES) realizarán transferencias de datos personales, para atender requerimientos del artículo 51 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 nuestra Política de Privacidad Integral en <http://gesa.gob.mx/esa/politica-de-privacidad>.



GOBIERNO DEL ESTADO DE
QUINTANA ROO
2011-2016



Resultados
CON SERVICIOS PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 722

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 0 / 1

Fecha de Referencia: 08/08/19 No. de control: _____
Nombre del Paciente: Perez Orano Jared
Domicilio del Paciente: _____
Motivo de envío: TCE severo Diagnóstico Definitivo: _____
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad o Servicio: Pediatría
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo	
Años	Meses	M	F
		URG	
		SI	NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar



GOBIERNO DEL ESTADO DE
QUINTANA ROO
2011-2016



Resultados
CON SERVICIOS PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Nº 723

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

SRC 0 / 1

Fecha de Referencia: 8-Agosto-2019 No. de control: _____
Nombre del Paciente: Raúl Pérez Belbueno
Domicilio del Paciente: Uruapan, Mich.
Motivo de envío: Fx de ribito requerido Diagnóstico Definitivo: -
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad o Servicio: Traumatología
(Consulta guía de referencia)

Edad		Sexo	
Años	Meses	M	F
72	-		
		URG	
		SI	NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar