

SAIUD

Ministerio de Salud y Bienestar General
Secretaría de Salud y Bienestar General
de los Servicios Estatales de Salud



Anexo IV

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

NOM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACION DE VIATICOS
PASAJES: 702/2019

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: CHETUMAL, QUINTANA ROO

LOS DIAS: 12 DE AGOSTO 2019

Gregorio Morfio
NOMBRE Y FIRMA


SERVICIOS ESTATALES
DE SALUD
SUBDIRECCIÓN
General de Chetumal

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

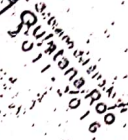
C DR. ROBERTO FERRA FLORES

Roberto Ferra Flores
NOMBRE Y FIRMA


SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
FELIPE CARRILLO PUERTO
DIRECCION
SELLO

Me comprometo a proporcionar el informe solicitado en concepto de médico y/o partera, por el tiempo otorgado y con la documentación correspondiente y en su caso, para que el responsable de la dependencia de destino dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de ser necesario, presente los datos de la comisión correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

De la información que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realicen 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 nuestra Política de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/faq/faq-politica-de-privacidad>.



Resultados
con ejercicios para tu libro

SECRETARIA DE SALUD
DEL ESTADO
S EST

SECRETARIA DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
AGENCIA Y CONTRAREFERENCIA

No. de control

Especialidad o Servicio

Urgencia S-

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

PACIENTES
 No. 743
 Años 33
 Edad
 Meses
 Sexo M
 URG
 F
 NO
 Family