

**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: 7/18/2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. RAUL GUATZOZON MALDONADO

LABORO EN ESTA CIUDAD
DE:

CHETUMAL, QUINTANA ROO

LOS DIAS: 18 DE AGOSTO 2019



ISSSTE
DELEGACION ESTATAL Q. ROO
SUBDELEGACION MEDICA
CLINICA GENERAL
NOMBRE Y FIRMA

DIRECCION


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 PEREA FLORES

NOMBRE Y FIRMA



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
FELIPE CARRILLO PUERTO
DIRECCION
SELLO

Me comprometo a proporcionar el informe asignado en concepto de médico y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su ausencia, por los honorarios devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de ausentarse del lugar de destino, en caso de no haberse otorgado el monto correspondiente de su 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 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 Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/areas/areas-de-privacidad>.



Quintana Roo
2011-2015



Resultados
C-12345678901234567890

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

Fecha de Referencia: 18/08/19
Nombre del Paciente: Canal Can
Domicilio del Paciente: X-hazul
Motivo de envío: Convulsiones
(Impresión diagnóstica): SSSTE Chetumal
Unidad a la que se refiere: Isidro
(Consulta guía de referencia)

No. de control

Diagnóstico Definitivo

Especialidad o Servicio

Pb Hemorragia Intracerebral

Urgencias / Medicina Interna

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años		Edad		Sexo	
GS		GS		F	
URG		SI		NO	

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765

SRC 011

Años

Edad

Sexo

URG

SI

NO

Nombre y Firma del Paciente o Familiar

Seemey Canaluc

No. 765