QUINTANA ROO
2016 • 2022

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**

**Anexo IV**

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

**NÚMERO DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES:** SES/JS3/FAM/216/V/2022

**POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ANTE LA CUAL SE DESARROLLA LA COMISIÓN**

**HAGO CONSTAR QUE EL C.** CARLOS MANUEL CORAL RAMOS

**LABORÓ EN ESTA CIUDAD DE:** (LOC. KANTEMO, BULUKAX, MUNICIPIO JOSE MARIA MORELOS), (LOC. SAN FRANCISCO AKE, MELCHOR OCAMPO, JOSE MARIA PINO SUAREZ, BETANIA, MUNICIPIO FELIPE CARRILLO PUERTO), (LOC. SAN ANTONIO TUK, SAN FELIPE ORIENTE, SAN JUAN ORIENTE, X-QUEROL, MUNICIPIO JOSE MARIA MORELOS).

**LOS DÍAS:** DEL 16 AL 29 DE MAYO DE 2022

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA 3
AUXILIAR DE SALUD
KANTEMO, Q ROO

Deysi Salinas B.
**NOMBRE Y FIRMA**

**SELLO**

**POR LA DEPENDENCIA QUE GENERÓ 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

**DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA**
**Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 3**

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. 3

**SELLO**

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado 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 91 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/sesa/avisos-de-privacidad.

QUINTANA ROO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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

**NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:**
**SES/JS3/FAM/216/V/2022**

| LOCALIDAD: | NOMBRE Y FIRMA | SELLO: |
|---|---|---|
| **BULUKAX**<br>**17/05/2022** | **C. JUANA MARIA ALAMILLA NAAL** | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>BULUKAX, Q. ROO |
| **SAN FRANCISCO AKÉ**<br>**18/05/2022** | Thelma del Rosario Dzib Mukul<br>**C. THELMA DEL ROSARIO DZIB MUKUL** | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>SAN FRANCISCO AKE, Q. ROO |
| **MELCHOR OCAMPO**<br>**19/05/2022** | Benita Caamal Poot<br>**C. BENITA CAAMAL POOT** | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>MELCHOR OCAMPO<br>FELIPE C. PTO. Q. ROO |
| **JOSÉ MARÍA PINO SUÁREZ**<br>**20/05/2022** | María Arcangel Puc Mis<br>**C. MARÍA ARCÁNGEL PUC MIS** | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>J MA. PINO SUAREZ, Q. ROO |

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado 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 91 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/sesa/avisos-de-privacidad.

QUINTANA ROO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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

**NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:**
**SES/JS3/FAM/216/V/2022**

| LOCALIDAD: | NOMBRE Y FIRMA | SELLO: |
|---|---|---|
| **BETANIA**<br>**21/05/2022** | ELIZABETH KINIL BALAM<br>**C. ELIZABETH KAUIL BALÁM** | JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>SECRETARÍA DE SALUD<br>CASA DE SALUD<br>BETANIA<br>Q.ROO |
| **SAN ANTONIO TUK**<br>**22/05/2022** | Felicitas Porras Miam<br>**C. FELICITAS PORRAS MIAM** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>SAN ANTONIO TUK, Q. ROO |
| **KANTEMÓ**<br>**23/05/2022** | DEYSI SALINAS B.<br>**C. DEYSI SALINAS BORGES** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>KANTEMO, Q. ROO |
| **BULUKAX**<br>**24/05/2022** | **C. JUANA MARIA ALAMILLA NAAL** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>BULUKAX, Q. ROO |

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado 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 91 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/sesa/avisos-de-privacidad.

QUINTANA ROO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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

**NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:**
**SES/JS3/FAM/216/V/2022**

| LOCALIDAD: | NOMBRE Y FIRMA | SELLO: |
|---|---|---|
| **SAN FELIPE ORIENTE**<br>**25/05/2022** | Deysi Aracely Borges Pool<br>**C. DEYSI ARACELY BORGES POOL** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>SAN FELIPE ORIENTE, Q. ROO |
| **SAN JUAN ORIENTE**<br>**26/05/2022** | Lourdes Puc Escobedo<br>**C. LOURDES PUC ESCOBEDO** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>SAN JUAN ORIENTE, Q. ROO |
| **X- QUEROL**<br>**27/05/2022** | <br>**C. ROSA MARÍA TUZ CHAN** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>X-QUEROL, Q. ROO |
| **SAN FRANCISCO AKÉ**<br>**28/05/2022** | Thelma del Rosario Dzib Mukul<br>**C. THELMA DEL ROSARIO DZIB MUKUL** | ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCIÓN SANITARIA No. 3<br>AUXILIAR DE SALUD<br>SAN FRANCISCO AKE, Q. ROO |

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado 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 91 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/sesa/avisos-de-privacidad.

QUINTANA ROO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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

**NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:**
**SES/JS3/FAM/216/V/2022**

| LOCALIDAD: | NOMBRE Y FIRMA | SELLO: |
|---|---|---|
| **JOSÉ MARÍA PINO SUÁREZ**<br>**29/05/2022** | María Arcangel Puc Mis<br>**C. MARÍA ARCÁNGEL PUC MIS** | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 3<br>**AUXILIAR DE SALUD**<br>J MA. PINO SUAREZ, Q. ROO |

Me comprometo a comprobar, el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados, dentro de un periodo máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación, autorizo me sea descontado 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 91 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/sesa/avisos-de-privacidad.