



Dependencia: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
Dirección: JURISDICCIÓN SANITARIA N° 3
Área: PROG. SALUD BUCAL
No. de Oficio: SES/JS3/CSS/DENT/SB/2091/VI/2023

"2023. Año de la Paz y Seguridad"

ASUNTO: SE COMUNICA COMISIÓN.

Cd. Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo a 13 de Junio de 2023

C.D. LIZBETH SARAHI NOVELO CASTRO
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL
DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA N°3
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informarle que ha sido comisionada para acudir a las oficinas centrales de la Secretaría de Salud en la Ciudad de Chetumal del día **19 al 19 de Junio** del año en curso, con la finalidad de realizar entrega de información del Programa de Salud Bucal, con el Vehículo Particular KIA Rio 2017 con placas UUD-389-J con combustible asignado con cargo al programa **"Prevención y Promoción de la Salud Bucal"**.

Por tal motivo, se autoriza el pago de **1/2 día** de viático con cargo al programa **"H42710 Prevención y Promoción de la Salud Bucal partida 37501"**.

Sin más por el momento me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No.3

DR. ROBERTO PEREA FLORES



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

C.c.p.- Lic. Luis Alberto Tzec Pat / Administrador Jurisdiccional.
C.c.p.- Lic. Susana Esmeralda Santana Cach / Recursos Humanos.
C.c.p.- Minutario

RPF/JS3/CSS/ISS



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

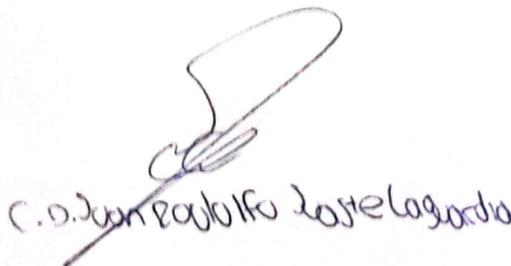
NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS
Y PASAJES: 2091

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. LIZBETH SARAHI NOVELO CASTRO

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: CHETUMAL

LOS DÍAS: 19 AL 19 DE JUNIO DE 2023



NOMBRE Y FIRMA

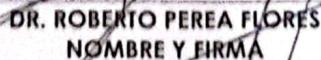


SELLO

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERÓ LA COMISIÓN

EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS EN TIEMPO
Y FORMA CON BASE EN LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS.

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE


DR. ROBERTO PEREA FLORES
NOMBRE Y FIRMA

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/aviso-de-privacidad>