



1488

DATOS DEL COMISIONADO

FORMATO UNICO

COMISIONADO <b>DR. SALVADOR VARILLA HERNANDEZ</b>	No. EMPLEADO <b>6232</b>
PUESTO <b>DIRECTOR DE SALUD MUNICIPAL</b>	DEPENDENCIA <b>DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL</b>
PERIODO DE COMISION DEL <b>05/08/2019</b> AL <b>05/08/2019</b>	TOTAL DE DIAS <b>1</b> CIUDAD <b>CD. CHETUMAL</b>
MOTIVO ASISTIR A REUNION DE SEGUIMIENTO DEL CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (COESIDA)	AUTORIZA:  <b>LIC. DIEGO JOSÉ PEREZ UCANA</b> <b>DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL</b>



DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL  
H. AYUNTAMIENTO DE TULUM, Q. ROO

CERTIFICACION DE LA COMISION

QUIEN SUSCRIBE JOHNATTAN MACINS ROMERO  
NOMBRE COMPLETO

CERTIFICA QUE EL COMISIONADO SE HIZO PRESENTE EN ESTA DEPENDENCIA  
DEL 05 | 08 | del | 05 | 08 | 2019

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
UNIDAD DE ANÁLISIS, SEGUIMIENTO Y ENLACE SIAFFASPE



DOCUMENTACION DE LA COMISION

GASTOS A COMPROBAR	
CONCEPTO	No FACT./FOLIO /
HOSPEDAJE	
PASAJES	
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>0</b>

GASTOS SIN COMPROBAR	
VIATICOS	900.00
NUM. DIAS	1
CUOTA DIARIA	
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>900.00</b>

<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$ 900.00</b>
-------------------	------------------

RECIBI:



AUTORIZO :

COMISIONADO  
**DR. SALVADOR VARILLA HERNANDEZ**

**C.P CARLOS ARTURO PECH MATA**  
DIRECTOR DE EGRESOS Y FINANZAS.

C.C.P. EGRESOS  
C.C.P. RECURSOS HUMANOS  
C.C.P. COMISIONADO



**Dirección:** Dirección General de Desarrollo Social  
**Área:** Dirección General de Desarrollo Social  
**Nº. Oficio:** DGDS/303-BIS/2019  
**Fecha:** 02/08/2019  
**Asunto:** COMISIÓN

*"2019 Año por el respeto a los Derechos Humanos"*

**DR. SALVADOR VARILLA HERNÁNDEZ.**  
**DIRECTOR DE SALUD MUNICIPAL.**  
**PRESENTE:**

Por medio de la presente y de la manera más atenta me dirijo a usted para hacer de su conocimiento, que ha sido comisionado para asistir a la **"REUNION DE TRABAJO COMO SEGUIMIENTO DEL CONSEJO ESTATAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (COESIDA)"**, que se llevara a cabo el 05 de Agosto del presente año, a partir de las 10:00, en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo. En los servicios Estatales de Salud, Departamento de enfermedades transmisibles Subdirección

Sin más que comunicarle por el momento me despido agradeciendo la atención prestada a la presente y quedando como su más seguro y atento servidor.

**ATENTAMENTE**

*Atendido*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature of Lic. Diego José Pérez Ucaña]*

**LIC. DIEGO JOSÉ PÉREZ UCAÑA**  
**DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL**  
 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL  
 H. AYUNTAMIENTO DE TULUM, Q. ROO

