



DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL
REFERENCIA: DIRECCION GENERAL
Nº DE OFICIO: DG / 1078 / 2020

ASUNTO: ORDEN DE COMISION

**PSIC. LENNY AMIRA POOL LOPEZ,
PSICOLOGA
P R E S E N T E:**

SIRVASE TRASLADARSE A LA Ciudad de CANCÚN, QUINTANA ROO.

EN DONDE SE SERVIRA A DESEMPEÑAR LA SIGUIENTE COMISION: Trasladar a su cita médica a la C. ARELI NOEMI MANZANERO MARTINEZ, al servicio de Psiquiatria en la unidad UNEME CISAME en la Ciudad de Cancún, perteneciente al municipio de Benito Juárez, Quintana Roo.

El (los) día (s) 09 de Noviembre del 2020

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Fpe. C. Pto. Q. Roo a 09 de Noviembre del 2020



MC. Eric Iván Alcocer Angulo
Director Genl. Del DIF Municipal



C.c.p.- Ing. Mayra Isela Tuz Dóiz.-Jefa del Depto. de Recursos humanos del H. Ayuntamiento.-para su conocimiento.
C.c.p.- Archivo



Calle 61-A entre 50 y 52, colonia Cecilio Chi, Felipe Carrillo Puerto
C.P. 77230. Tel. 983-102-9358



MUNICIPIO DE FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO
 DIRECCION DE MUNICIPALIDAD

FELIPE CARRILLO PUERTO No. _____

NOMBRE: PSIC. LENNY AMIRA POOL LOPEZ
 COMISION: A la Ciudad de Cancún, Quintana Roo.

SALIDA

LLEGADA

09 NOVIEMBRE 2020

09 NOVIEMBRE 2020

CERTIFICO QUE EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS FECHAS QUE SE CITAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE CONFORMIDAD A SU OFICIO DE COMISION.

No.1076


 MC. ERIC IVAN ALCOCE ANGLIO
 DIRECTOR GENERAL DEL D.F.P. MPAL.

FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO A 09 DE NOVIEMBRE DEL 2020

LLEGADA

SALIDA

09 NOVIEMBRE 2020
 DIA MES AÑO

09 NOVIEMBRE 2020
 DIA MES AÑO

ESTA OFICINA CERTIFICA QUE EL COMISIONADO PERMANECIO EN ESTE LUGAR EN LAS FECHAS QUE CITAN Y PARA LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS DE ACUERDO AL OFICIO ANTES CITADO


 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
 DE LA COMUNIDAD FORANEA



Calle 61-A entre 50 y 52, colonia Cecilio Chi, Felipe Carrillo Puerto
 C.P. 77230, Tel. 963 102 9358.



ORDEN DE MINISTRACION DE VIATICOS

DIF

D.I.F. MUNICIPAL

LUGAR Y FECHA: CANCUN, Q. ROO. A. 09 DE NOVIEMBRE DEL 2020.
FELIPE CARRILLO PUERTO



DATOS DE IDENTIFICACION

PSIC. LENNY AMIRA POOL LOPEZ
PUESTO: PSICOLOGA

R.F.C.: _____ NIVEL: _____
CLAVE: _____

COMUNICACION DE LA COMISION

ME PERMITO COMUNICAR A USTED SU COMISION A: LA CIUDAD DE CANCUN, QUINTANA ROO DURANTE 1 DIA(S) 09 DE NOVIEMBRE DEL 2020.
TRABAJOS A DESEMPEÑAR Trasladar a su cita médica a la C. ARELI NOEMI MANZANERO MARTINEZ, al servicio de Psiquiatria en la unidad UNEME CISAME en la Ciudad de Cancun, perteneciente al municipio de Benito Juárez, Quintana Roo.

MEDIO DE TRANSPORTE: Vehículo Oficial.

LOGARES Y PERIODOS DE COMISION	DIAS	CUOTA DIARIA	IMPORTE
Ciudad de CANCUN, Q. ROO	1		120.00
OBSERVACIONES		TOTAL \$	\$120.00

DATOS DE PAGO

No. DE CHEQUE _____ IMPORTE \$ _____ No. DE POLIZA _____
APLIC. PRESUPUESTAL Y CONTABLE _____

RECIBE LA CANTIDAD DE \$ 120.00 (con: Ciento veinte Pesos 00/100 M. N)

EFFECTIVO _____

COMISIONADO
Lenny Amira Pool Lopez
PSIC. LENNY AMIRA POOL LOPEZ
NOMBRE Y FIRMA

EL SECO DE HACIENDA
MUNICIPAL

AUTORIZACION
JEFE INMEDIATO DEL
COMISIONADO

EL PRESIDENTE MUNICIPAL

Melchor Gomez Rivera
LIC. MELCHOR GOMEZ RIVERA
NOMBRE Y FIRMA

José Esquivel Vargas
MC. ERIC IVAN GONZALEZ TRINGULO
DIRECTOR GENERAL D.I.F. MUNICIPAL
CARRILLO
GOBIERNO MUNICIPAL

José Esquivel Vargas
LIC. JOSE ESQUIVEL VARGAS
NOMBRE Y FIRMA



SALUD
MINISTERIO DE SALUD



Servicio Popular
Sistema Nacional de Salud



SESA
Sistema Nacional de Salud

FORMATO ÚNICO DE RECETA MÉDICA

Serie

Nº 244003 H

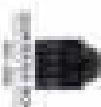
Unidad médica CISAME	Municipio BJ	Fecha: Día: 09 / Mes: 11 / Año: 20	Servicio: PSIQUIATRÍA
Nombre del Paciente MARCELO HERNANDEZ GUILLYA	Fecha de nacimiento	Edad: 21	Sexo: M
Apellido del Paciente HERNANDEZ GUILLYA	Cédula Profesional	Unidad	No. de Afiliación Seguro Popular
Medicamentos Prescritos General	Prescripción	Indicaciones de administración oral, en la administración y dosis	Forma de Suministro Cantidad
1- ESCITALOPRAM	7 TABS 10.716	1 VIA ORAL (2x1 TAB) POR VÍAS ALTERNATIVAS (NO SUSTRUENTE)	50 TAB
2- _____	_____	_____	50 TAB
3- _____	_____	_____	50 TAB
Diagnóstico 1 T. AFECTIVO DE GRAN INTENSIDAD	Firma o Sello de la unidad médica		
Diagnóstico 2			
Observaciones / Recomendaciones generales		Firma o Sello de la unidad médica	



SALUD
MINISTERIO DE SALUD



Seguro Popular



SESA
SISTEMA ESPECIALIZADO DE SALUD

FORMATO ÚNICO DE RECETA MÉDICA

Serie **Nº 244003 H**

Unidad médica: CISAME	Municipio: B.J.	Fecha: 09/11/20	Servicio: PSIQUIATRÍA
Número del Receta: ARELY	Fecha de nacimiento:	Educación: 3-1	Categoría: REGULAR
Nombre del Médico: MANZANICO M.T.	Categoría Profesional:		Unidad:
Número del Médico: 	Categoría Profesional:		Unidad:
Medicamentos (puntos Casaca):	Prescripción:	Indicaciones de administración: <small>(modo de administración y dosis)</small>	Forma de Suministro: S: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
1- ESCITALOPRAM	7 TABS 10 MG	1 VIA ORAL (2x11h) POR LAS MAÑANAS (NO SUFRIÓ)	S: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
2- _____	_____	_____	S: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
3- _____	_____	_____	S: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
Diagnóstico 1: T. AFECTIVO DE ORIGEN BIOL.			
Diagnóstico 2:	Firma a efectos de quien recibe receta:		
Observaciones / Recomendaciones generales:	Firma de la unidad médica:		

VIAJE EN EL UNEME CISAME DE CANCUN (TRABAJO SOCIAL), EL DIA 09 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2020.

