

DEPENDENCIA: DIF MUNICIPAL
REFERENCIA: DIRECCION GENERAL
N° OFICIO: DG / 0216 / 2021

ASUNTO: ORDEN DE COMISION

LIC.KARLA SANABRIA ALBOR
OFICIAL ADMINISTRATIVO
P R E S E N T E:

SIRVASE TRASLADARSE A LA COMUNIDAD DE X-PICHIL, Q.ROO.

EN DONDE SE SERVIRA A DESEMPEÑAR LA SIGUIENTE COMISION: Trasladar a la trabajadora social a la Lic. Lenny Amira Pool López para realizar trabajo de campo y/ o investigación al C. PEDRO CELESTINO CHAY CAAMAL, en el domicilio conocido en la comunidad de X-Pichil, perteneciente al municipio de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo.

El (los) día (s) 29 de Octubre del 2021

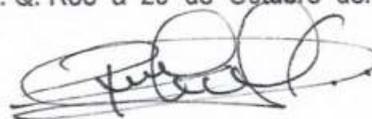
Sin otro particular reciba un cordial saludo.



SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DEL EDO. DE Q. ROO
JURISDICCION SANITARIA No II
UNIDAD MEDICA
X PICHIL, Q. ROO

Atentamente

Fpe. C. Pto. Q. Roo a 29 de Octubre del 2021



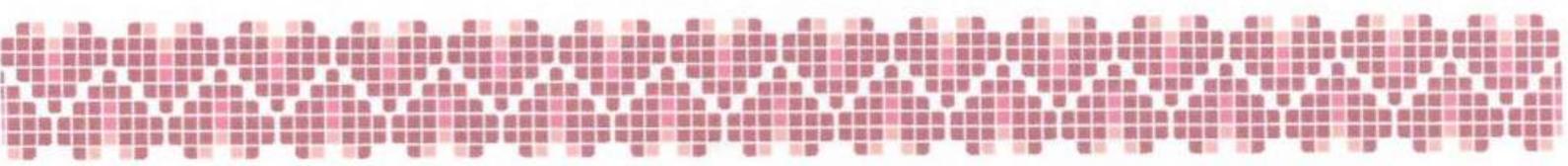
ING. Dulce Ivette Pat Puc
Directora Gral. Del DIF Municipal

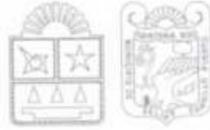


DIRECCIÓN DEL DIF
GOBIERNO MUNICIPAL DE
FELIPE CARRILLO
PUERTO
2021 - 2024
UN PUEBLO
EN TRANSFORMACIÓN

C.c.p.- Nancy Del Carmen Cruz Fernandez.-Jefa del Depto. de Recursos humanos del H. Ayuntamiento.-para su conocimiento.

C.c.p.- Archivo.





H. AYUNTAMIENTO DE FELIPE CARRILLO PUERTO 2021 - 2024

MUNICIPIO DE FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO

DIRECCIÓN DIF MUNICIPAL CERTIFICACION DE VIÁTICOS No.

NOMBRE: LIC. KARLA SANABRIA ALBOR. COMISION: A LA COMUNIDA DE X-PICHIL, QUINTANA ROO.

SALIDA

LLEGADA

29 OCTUBRE 2021

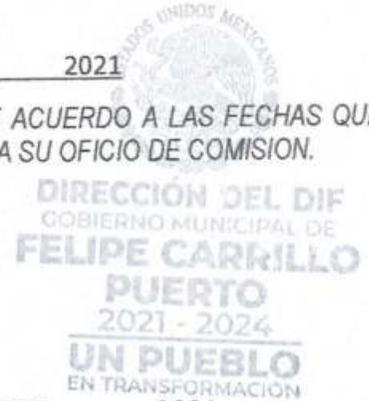
29 OCTUBRE 2021

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. 0216

[Signature]

ING. DULCE IVETTE PAT PUC DIRECTORA GENERAL DEL D.I.F. MPAL



FELIPE CARRILLO PUERTO, Q. ROO A 29 DE OCTUBRE DEL 2021

LLEGADA

SALIDA

29 OCTUBRE 2021

29 OCTUBRE 2021

DIA MES AÑO

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

[Signature]

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA OFICINA FORANEA

SELLO



SECRETARIA DE SALUD GOBIERNO DEL EDO. DE Q. ROO JURISDICCION SANITARIA No III UNIDAD MEDICA X PICHIL, Q. ROO

