

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 20.07.2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: Médica C.C.:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Dr. Héctor Jesús López Trejo
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 20.07.2020
DESTINO DE LA COMISIÓN: HG SJR
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: 09:00
HORA TERMINO DE LA COMISION: 15:00

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Visita a U.C.I.A. del Hospital para valoración respecto al plan de reactivación del programa de donación y trasplantes.

SELLO (S) DE PERMANENCIA



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ
Hospital General de San Juan del Río
DR. SILVA VERA RUBÉN
SUB-DIRECTOR

20/07/20

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.

Dr. Héctor Jesús López Trejo

Nombre y firma del comisionado

I.F.F. y C.P. Yohali Nicandro Morales

nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Dr. Ma. Del Rosario Hernández Varga

Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 20.07.2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: Dirección General C.C.:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Ma. Del Rosario Hernández Vargas
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 20.07.2020.
DESTINO DE LA COMISIÓN: Hospital General de San Juan del Río
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: 09:00
HORA TERMINO DE LA COMISION: 15:30

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

visita a instalaciones de U.C.I.A. del Hospital para plan de reactivación del programa de donación y trasplantes.

SELLO (S) DE PERMANENCIA



**SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ**
Hospital General de San Juan del Río

DR. SILVA VERA RUBÉN
SUB-DIRECTOR

20/ Jul/20

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE

Dra. Ma. Del Rosario
Hernández Vargas
Nombre y firma del comisionado

COMISIONA

I.F.F. y C.P. Yohali
Nicanor Morales
nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Vo. Bo.

Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 16.07.2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: Coordinación Médica C.C.:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Dr. Héctor Jesús López Trejo
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 16.07.2020
DESTINO DE LA COMISIÓN: Hospital General de San Juan del Río
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: 08:30 hrs
HORA TERMINO DE LA COMISION: 15:30 hrs

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Reunión cuerpo de gobernación - Reactivación de Programa DYT

SELLO (S) DE PERMANENCIA

SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DEL RÍO, QRO

16-07-2020
[Handwritten signature]

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.

[Handwritten signature of Dr. Héctor Jesús López Trejo]

Nombre y firma del comisionado

[Handwritten signature of Yohali Nicanor Morales]

Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

[Handwritten signature of Dra. Ma Del Rosario Hernández Vargas]

Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 16.07.2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: Dirección General
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Dra. Ma. Del Rosario Hernández Vargas C.C.:
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 16.07.2020
DESTINO DE LA COMISIÓN: HG. SJR.
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: 09:30
HORA TERMINO DE LA COMISION: 15:30

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Reunión cuerpo de gobernanza HG SJR - Plan de Reactivación DYT.

SELLO (S) DE PERMANENCIA

SECRETARÍA DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL
SAN JUAN DEL RÍO, QRO

16-07-2020
M/V

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.


ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.

Dra. Ma. Del Rosario Hernández
Nombre y firma del comisionado

Vargas


Polihali Nicamor M.
Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 01-07/20

ADSCRIPCIÓN:
COORDINACIÓN:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO:
PERÍODO DE LA COMISIÓN:
DESTINO DE LA COMISIÓN:
HORA INICIO DE LA COMISIÓN:
HORA TERMINO DE LA COMISION:

Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
Docencia e Investigación C.C.:
Jose Lopez del R.
01-07-2020
San Juan del Rio (Hospital General)
8:30

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Supervisión

SELLO (S) DE PERMANENCIA



HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RIO, QRO.
Dra. Janikua Pardiñas Carpio
Coordinación de donación
de órganos y tejidos

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.



Jose Lopez del Rio
Nombre y firma del comisionado



Yohali Nicanor Morales
Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 01-07-2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: C.C.:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Ma. del Rosario Hernández Vargas
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 1 - Julio - 2020
DESTINO DE LA COMISIÓN: Hospital Gral. SJR
HORA INICIO DE LA COMISIÓN:
HORA TERMINO DE LA COMISION:

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

SELLO (S) DE PERMANENCIA



HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RÍO, QRO.
Dra. Janikua Pardiñas Carpio
Coordinación de donación
de órganos y tejidos

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este Informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE



Nombre y firma del comisionado

COMISIONA



Yohali Nicanor Morales

Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Vo. Bo.



Nombre y firma del Jefe superior

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 01. Julio. 2020

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN: Médica C.C.:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Dr. Héctor Jesús López Trejo.
PERÍODO DE LA COMISIÓN: 01.07.2020
DESTINO DE LA COMISIÓN: Hosp. Gral. San Juan del Río - SESEQ
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: 09:00 horas
HORA TERMINO DE LA COMISION: 16:00 horas.

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Visita de supervisión a HG SJR - SESEQ

SELLO (S) DE PERMANENCIA



HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RÍO, QRO.
Dra. Janikua Pardiñas Carpio
Coordinación de donación
de órganos y tejidos

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE



Nombre y firma del comisionado

Dr. Héctor Jesús López Trejo

COMISIONA



Johali Nicanor Morales
Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Vo. Bo.



Dra. Roxana Hernández Vargas
Nombre y firma del Jefe superior

**NOTA: NO SERÁ VALIDO SI CONTIENE TACHADURAS,
ENMENDADURAS O CUALQUIER OTRA ALTERACIÓN.**

F-ODC-001

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA: 25.08.2020

ADSCRIPCIÓN:	Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro
COORDINACIÓN:	Médica
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO:	Dr. Héctor Jesús López Trejo. C.C.:
PERÍODO DE LA COMISIÓN:	25.08.2020
DESTINO DE LA COMISIÓN:	HG SUR
HORA INICIO DE LA COMISIÓN:	08:00
HORA TERMINO DE LA COMISION:	16:00

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Traslado de rana itinerante "Aisha"

SELLO (S) DE PERMANENCIA

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL
CALLES DEL RÍO, S/N.

25/08/2020
[Signature]

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este Informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE



**Dr. Héctor Jesús
López Trejo**
Cédula 11736679

Nombre y firma del comisionado

COMISIONA

[Signature]

I.F.F. [Signature]
Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad

Vo. Bo.

[Signature]

Dr. Moisés Roberto Hernández
Nombre y firma del Jefe superior
Vargas

OFICIO DE COMISIÓN
Anexo Anverso

FOLIO:
FECHA:

ADSCRIPCIÓN:
COORDINACIÓN:
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO:
PERÍODO DE LA COMISIÓN:
DESTINO DE LA COMISIÓN:
HORA INICIO DE LA COMISIÓN:
HORA TERMINO DE LA COMISION:

Centro Estatal De Trasplantes De Querétaro

C.C.:

Ciabrada Campos Ovaco
25 agosto
HAWK
8:00 - 16:00

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Trabado de la Pona Hincante Aisha

SELLO (S) DE PERMANENCIA

SECRETARÍA DE SALUD



REGISTRADO
K. TAL GENERAL
CANTON DEL N.º 110

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este Informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.

En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.



GABRIELA CAMPOS
Nombre y firma del comisionado



Yohani Nicenor M
Nombre y firma del Jefe
Inmediato o administrador de la
Unidad



Nombre y firma del Jefe superior