

**OFICIO DE COMISIÓN**  
Anexo Anverso

FOLIO:  
FECHA: 16 - Nov - 21

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro  
COORDINACIÓN: Centro Estatal de Trasplantes de Qro.  
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Vinculación y Difusión  
PERÍODO DE LA COMISIÓN: Rocío H. Luz Jarquín  
DESTINO DE LA COMISIÓN: 16 - Nov - 21  
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: Hosp. Gral. S.J.R.  
HORA TERMINO DE LA COMISION: 6:30 am

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:  
Supervisión al Hospital General de  
San Juan del Río

SELLO (S) DE PERMANENCIA




16/Nov/2021  
[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.

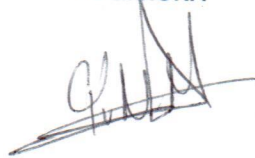
En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

ATENTAMENTE



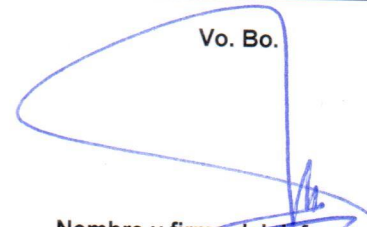
Rocío H. Luz Jarquín  
Nombre y firma del comisionado

COMISIONA



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 - Nov - 21

ADSCRIPCIÓN: Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro  
COORDINACIÓN: Centro Estatal de Trasplantes de Qro.  
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO: Coord. Médica  
PERÍODO DE LA COMISIÓN: Marisol J. Lara  
DESTINO DE LA COMISIÓN: 16 - Nov - 21  
HORA INICIO DE LA COMISIÓN: Hosp. Gral. SJR  
HORA TERMINO DE LA COMISION: 6:30 am

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Supervisión al Hospital General  
de San Juan del Río

SELLO (S) DE PERMANENCIA



16 - Nov - 21



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.

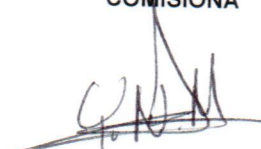
En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

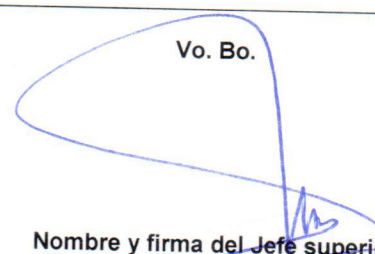
ATENTAMENTE

COMISIONA

Vo. Bo.

  
Nombre y firma del comisionado

  
Nombre y firma del Jefe  
Inmediato o administrador de la  
Unidad

  
Nombre y firma del Jefe superior



**OFICIO DE COMISIÓN**  
Anexo Anverso

FOLIO:  
FECHA: 16 - Nov - 21

ADSCRIPCIÓN:  
COORDINACIÓN:

Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro  
Centro Estatal de Trasplantes de Qro.  
Director General Dr. Álvaro Ugarte Z.

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

16 - Nov - 21  
Hosp. Gral. SJR  
6:30 am

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Supervisión al Hospital General  
de San Juan del Río

SELLO (S) DE PERMANENCIA



16 - Nov - 21




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. Álvaro Ugarte Larrazúa  
Nombre y firma del comisionado

  
Nombre y firma del Jefe  
Inmediato o administrador de la  
Unidad

  
Nombre y firma del Jefe superior

**OFICIO DE COMISIÓN**  
Anexo Anverso

FOLIO:  
FECHA: 16/11/2021

ADSCRIPCIÓN:  
COORDINACIÓN:

Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro  
Centro Estatal de Trasplantes de Qro.

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

LN José López Martínez  
16/11/21  
HGSSR  
10:15

OBJETIVO DE LA COMISIÓN: Reunión de supervisión

SELLO ( S ) DE PERMANENCIA



16/11/2021  
M/G

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

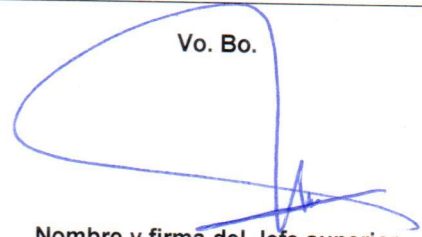
Vo. Bo.



José López Martínez  
Nombre y firma del comisionado



Nombre y firma del Jefe  
Inmediato o administrador de la  
Unidad



Nombre y firma del Jefe superior

**OFICIO DE COMISIÓN**

**FOLIO:**  
**FECHA:**

<b>ADSCRIPCIÓN</b>	Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO</b>	Mansol Juárez Lara
<b>PERÍODO DE LA COMISIÓN</b>	Viernes 26
<b>DESTINO DE LA COMISIÓN</b>	San Juan del Río Oro.
<b>HORA INICIO DE LA COMISIÓN</b>	8:00 am
<b>HORA TERMINO DE LA COMISION</b>	

**OBJETIVO DE LA COMISIÓN:**

**SELLO (S) DE PERMANENCIA**


H2. Invitación a entrega de reconocimientos a familiares  
donantes  
26/11/2021

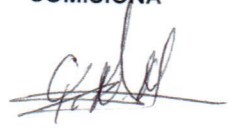
- Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarían en caso contrario.
- En caso de no realizar la comprobación correspondiente en los próximos 5 días hábiles después de concluida la comisión, autorizo el descuento del monto recibido a través de la nómina.

**ATENTAMENTE**

**COMISIONA**

**Vo. Bo.**

  
Mansol Juárez Lara  
Nombre y firma del comisionado

  
Nombre y firma del Jefe  
Inmediato o administrador de la  
Unidad

  
Nombre y firma del Jefe superior





### OFICIO DE COMISIÓN

FOLIO:  
FECHA:

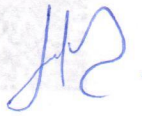
ADSCRIPCIÓN  
DIRECCIÓN  
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO  
PERÍODO DE LA COMISIÓN  
DESTINO DE LA COMISIÓN  
HORA INICIO DE LA COMISIÓN  
HORA TERMINO DE LA COMISION

Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro  
Dr. Alvaro Ugalde Zarazua.  
Viernes 26  
San Juan del Río Oro.  
8:00

OBJETIVO DE LA COMISIÓN:

Invitación a entrega de reconocimientos a familias donantes

SELLO (S) DE PERMANENCIA

  
26/11/2021

- 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.

Nombre y firma del comisionado

Nombre y firma del Jefe Inmediato o administrador de la Unidad

Nombre y firma del Jefe superior

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