



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
 Sección: DIRECCION MEDICA  
 Oficio: 2187/DMS/2019  
 Fecha: 25 de Febrero del 2019



**BAJA CALIFORNIA**  
 GOBIERNO DEL ESTADO

*P. Contab. - Presup. Egreso*  
*Ménde. Usativa.*

**DRA. BERTHA ALICIA HERRERA AGUIRRE**  
**MEDICO PSIQUIATRA**  
**PRESENTE.-**

*2230*

Por medio de la presente le informo que se le **comisiona**, para que el día **Martes 26 de febrero** del año en curso lleve a cabo **visitas domiciliarias** para valoración médica y entrega de medicamento en el Puerto de San Felipe B.C.

Asimismo, le informo que se turnará copia del presente al área Contabilidad para que le sean facilitados los **viáticos** correspondientes.

Sin otro particular de momento, agradezco de antemano su atención.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**RECIBIDO**  
 25 FEB 2019  
 PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**RECIBIDO**  
 26 FEB 2019  
 DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**RECIBIDO**  
 25 FEB 2019  
 Llu 12:75  
 DIRECCION DE ADMINISTRACION FINANZAS

**DRA. YURI CONCEPCION REYES MENDEZ**  
**DIRECTORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IPEBC**

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**DESPACHADO**  
 25 FEB 2019  
**DESPACHADO**  
 DIRECCION MEDICA

C.c.p. RAMON COTA LOPEZ.- Director Administrativo y Financiero  
 C.c.p. ABRIL AYDEE VILLALBAZO PELAYO.- Jefe del Departamento de Contabilidad y Presupuestos IPEBC  
 C.c.p. JOHNATAN PALAZUELOS MONTES.- Jefe Depto. de Recursos Humanos IPEBC  
 C.c.p. ARCHIVO GENERAL  
 DRA. YCRM/ALHR

Instituto de Psiquiatria del Estado de Baja California  
 Calle Alvarado y Río Nayar, Col. Mexicali, Mexicali, B.C. CP 23080  
 Tels: 561 09 43 56 10 22 0 Fax: 561 09 43 56  
 -instituto@psiquiatria.org@hotmail.com



61 132 2 3 1 E 120 A 383 010 001 37501 1 14 04 19 9 01 000

**INFORME DE COMISION**  
**FIC-01**

**1 Nombre Completo:** BERTHA ALCIA HERERRA AGUIRRE

**2 Clave o nivel del puesto :**

|                      |                                    |                               |  |                                 |  |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|--|
| (1) Director General | (2) Director y Subdirector de Area | (3) Jefe de Dpto, Coordinador | (4) Profesionista, Analista Especializados, Psiquiatras, Psicologos, Medicos, Enfermeras | (5) Asistente Ejecutivo, Cajero | (6) Servicios Generales, Limpieza, Mantenimiento |
|                      |                                    |                               | x  |                                 |  |

**3 Denominación del cargo :** MEDICO PSQUIATRA

**4 Área de adscripción :** SALUD MENTAL COMUNITARIA

Especificar: Contabilidad, Administración, Recursos Materiales, Reconstrucción Personal, Hospitalización, Etc.

**5 Tipo de viaje:**  Nacional  Internacional

**6 Ciudad Origen:** MEXICALI

**Ciudad destino:** SAN FELIPE

**7 Estado Origen:** BAJA CALIFORNIA

**Estado destino:** BAJA CALIFORNIA

**8 País Origen:** MEXICO

**País destino:** MEXICO

**9 Fecha Salida del encargo o comisión:** 26 DE FEBRERO DE 2019

**10 Fecha Regreso del encargo o comisión:** 26 DE FEBRERO DE 2019

**11 DESCRIPCION GENERAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA COMISION**

VALORACION MEDICA Y ENTREGA DE MEDICAMENTO A USUARIOS DEL PUERTO DE SAN FELIPE.

---



---



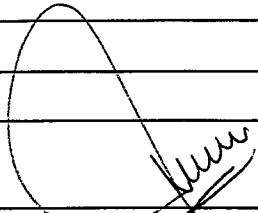
---



---



---

  
FIRMA NOMBRE Y CARGO DEL QUE RINDE EL  
INFORME DE COMISION