



CARTA COMPROMISO (DOBLE CONTRATACIÓN)

Lugar: _____, a ___ de _____ de ___

Con base en el Acuerdo 98/ de la CUARTA sesión ORDINARIA 2020, en la cual la Junta De Gobierno aprueba doble contratación, en una doble jornada compatible en diferente turno y/o diferente unidad hospitalaria y con cargo al presupuesto estatal, siempre y cuando se lleve a cabo la justificación por la Dirección de Atención Médica, manifiesto que el “**NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**”, se compromete a que él (a) “**NOMBRE DEL TRABAJADOR(A)**”, con (CODIGO) y (PUESTO); propuesto(a) para cubrir el turno (DIAS LABORADOS) con horario de (____ a ____ horas), no se encontrará en el supuesto de “**Incompatibilidad de horarios, no será comisionado y estará directamente involucrado en la prestación del Servicio de Atención médica a los usuarios**”

Así mismo en cada ejercicio fiscal, el trabajador requisitara los formatos establecidos y solicitará la autorización correspondiente ante el H Congreso del Estado de Veracruz (Formato DAP-14), con estricta observancia a la normatividad dictada al respecto.

SELLO DE LA
UNIDAD
HOSPITALARIA

ATENTAMENTE

Firma

Nombre

Cargo (Director de la Unidad Hospitalaria)

C.c.p. Expediente personal

DAP-15

