|  |  |
| --- | --- |
| No. Oficio | 5018- |



|  |  |
| --- | --- |
| Asunto: | Se comunica Interinato. |

Chiautempan, Tlax., a

**«posicionUno»**

P r e s e n t e

Hago de su conocimiento que de conformidad con lo establecido en los Artículos 63, 64 y 65 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; Artículo 18 Fracción IV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado y hasta en tanto la Autoridad así lo determine, (pudiendo ser removido en cualquier momento, sin ninguna responsabilidad para el Titular de esta Dependencia); con fecha **«fechaNombramiento»** dependiente de esta Secretaría de Salud en el Estado y Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala, con los datos presupuestales que a continuación se detallan:

**FUNCION:** «funcion»

**CLAVE PRESUPUESTAL:** «clavePresupuestal»

**PROPIETARIO DE LA PLAZA:** «propietarioPlaza»

**TIPO DE RECURSO:** «tipoRecurso»

**TIPO DE NOMBRAMIENTO:** «tipoNombramiento»

**VIGENCIA:** «vigencia»

«posicionDos»

**A t e n t a m e n t e**

**Secretario de Salud en el Estado y**

**Director General del O.P.D. Salud de Tlaxcala**

**«nombreSecretario»**

«posicionTres»

Elb. 030516