**Anexo II**

**Oficio de Comisión No.** (**21/18**)

**ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ejercicio | Trimestre | Tipo de Plaza | Clave o nivel del puesto | Denominación del puesto | Denominación del cargo | Área de adscripción |
| 2018 | Julio-Septiembre | Formalizada | U004FO21103M01006 | Medico General A | Encargada Epidemiologia | Epidemiologia |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del (la) servidor(a) público(a) | | | Denominación del encargo o comisión | Tipo de viaje (Nacional / Internacional) | Número de personas acompañantes en el encargo o comisión del servidor público | Importe ejercido por el total de acompañantes |
| Nombre(s) | Primer apellido | Segundo apellido |
| Rosalinda | De la peña | Leyva | Entrega muestra Influenza | Nacional | 0 | 0 |
| R.F.C.: PELR840927JQ7 | | |

Cargo al Programa: Federal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de adscripción del comisionado | | | Lugar del encargo o comisión | | | Motivo del encargo o comisión | Medio de Transporte | Periodo del encargo o comisión | |
| País | Estado | Ciudad | País | Estado | Ciudad | Salida  (hora/día/mes/ año) | Regreso  (hora/día/mes/ año) |
| Mexico | Q. Roo | Isla Mujeres | Mexico | Quintana Roo | Cancún | Entrega muestra Influenza | Marítimo | 07:00 a.m  29-08-2018 | 16:30 p.m  29-08-2018 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dia: ½ Cuota 435 Importe ejercido por el encargo o comisión | | | | | | |
| Clave (s) Presupuestal (es): 37301 | | | Anticipo | | Liquidación |  |
| Clave de partidas | | Denominación de la partida | Importe asignado por concepto de gastos de viáticos | Importe ejercido con motivo del encargo o comisión | | Importe de gastos **no** erogados derivados del encargo o comisión |
| 37501 | | Viáticos en el país |  |  | |  |
| 37101 | | Pasajes aéreos nacionales |  |  | |  |
| 37201 | | Pasajes terrestres nacionales |  |  | |  |
| 37301 | | Pasajes marítimos, lacustres y fluviales | $ 42.00 | $42.00 | | $ 42.00 |
| 39201 | | Impuestos y derechos |  |  | |  |
|  | Total comisión: | | $ 42.00 | $ 42.00 | | $ 42.00 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Respecto a los informes sobre el encargo o comisión | | | |
| Fecha de entrega del informe de la comisión o encargo encomendado  (día, mes, año) | Hipervínculo al informe de la comisión o encargo encomendado | Hipervínculo a los comprobantes fiscales o constancia de desempeño de labores | Hipervínculo a los Lineamientos para regular el otorgamiento de viáticos y pasajes |
| -08-2018 |  | C:\Users\EPI14\Downloads\FPGD0000007620.xml | <https://187.216.252.2/index.php/s/DhwVUeYYSMG0CAr> |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EL COMISIONADO | ADMINISTRADOR | DIRECTOR |
|  |  |  |
| ROSALINDA DE LA PEÑA LEYVA | HUGO A. AVILES PEREZ | MIGUEL ANGEL GARCIA ALBARRAN |

**Anexo III**

**Oficio No.:** (**21|/18**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  | **INFORME DE LA COMISIÓN** | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  | **UNIDAD RESPONSABLE** | | | |  | **FECHA DE ELABORACIÓN** | |  |
|  | Hospital Integral isla Mujeres | | | |  | -08-2018 | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  | **DATOS GENERALES** | | | | | | |  |
|  | NOMBRE DEL COMISIONADO | Rosalinda De la Peña Leyva | | | | |  |  |
|  | CARGO DEL COMISIONADO | Epidemióloga | | | | |  |  |
|  | ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO | Hospital Integral Isla Mujeres | | | | |  |  |
|  | PERIODO DE LA COMISIÓN | 29-08-2018 al 29-08-2018 | | | | |  |  |
|  | LUGAR DE LA COMISIÓN | Jurisdicción Sanitaria N. 2 Cancún | | | | |  |  |
|  | IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS | $ 42.00 | | | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  | Acudí a La Jurisdicción sanitaria número 2 a entrega de muestra del programa Influenza | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
|  | **FIRMA DEL COMISIONADO** | |  | | **FIRMA DEL JEFE INMEDIATO** | | |  |
|  | DRA. ROSALINDA DE LA PEÑA LEYVA |  | | DR. MIGUEL A. GARCIA ALBARRAN | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |
| DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE INFORME SON VERDADEROS, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN ANEXA QUE REUNE LOS REQUISITOS FISCALES EFECTIVAMENTE EXPEDIDA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIO Y QUE ESTOS CORRESPONDEN A LOS CONCEPTOS DE GASTOS AUTORIZADOS EN LOS LINEAMIENTOS PARA REGULAR EL OTORGAMIENTO DE VIÁTICOS Y PASAJES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRAL Y PARAESTATAL DEL ESTADO DE QUINTANA ROO. | | | | | | | | |
|
|

**Anexo IV**

CONSTANCIA DE DESEMPEÑO DE LABORES O COMISIONES TEMPORALES

EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN.

|  |
| --- |
| **NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS** |
| Y PASAJES: 21/18 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**  **ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **HAGO CONSTAR QUE EL C.** | | | **ROSALINDA DE LA PEÑA LEYVA** | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  | | |  |  |
| **LABORO EN ESTA CIUDAD DE:** | | | | CANCUN QUINTANA ROO | | | | |  |  |
|  | | | | | | 29 -08-18 AL 29-08 -18 | | |  |  |
| **LOS DÍAS:** | |  | | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | |
|  | **NOMBRE Y FIRMA** | | | | | | **SELLO** |  | | |
|  |  | | | | | |  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POR LA DEPENDENCIA QUE GENERÓ LA COMISIÓN | | | |
|  | | | |
| **EL COMISIONADO CUMPLIO CON LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS EN TIEMPO**  **Y FORMA CON BASE EN LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS**. | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **DR. MIGUEL ANGEL GARCIA ALBARRAN** | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | **NOMBRE Y FIRMA** | SELLO |  |