



ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES

Ejercicio	Trimestre	Tipo de Plaza	Clave o nivel de puesto	Denominación del puesto	Denominación del cargo	Área de adscripción
2018	CUARTO	REGULARIZADO	M03024	APOYO ADMINISTRATIVO	APOYO ADMINISTRATIVO	JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2

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
CELSO	CIME	POOT	REVISIÓN DE CONTACTOS Y TINACO	Nacional	0	0
RFC: CIPC760109C87						

Cargo al programa: POA

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)
MÉXICO	QUINTANA ROO	CANCÚN	MÉXICO	QUINTANA ROO	PLAYA DEL CARMEN	REVISIÓN DE CONTACTOS Y TINACO	TERRESTRE	07:00 HRS 01/10/2018	07:00 HRS 01/10/2018

Importe ejercido por el encargo o comisión				
Clave(s) presupuestal(es):		Anticipo	Liquidación	
Claves 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	\$ -	\$435.00	\$ -
37101	Pasajes aéreos nacionales			
37201	Pasajes terrestres nacionales			
37301	Pasajes marítimos, lacustres y fluviales			
39201	Impuestos y derechos			
Total comisión:		\$ -	\$435.00	\$ -

Respecto a los informes por 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
02/10/2018	01-10-2018 CELSO.xlsx	01-10-2018 CELSO.xlsx	..\lineamientos de viaticos 2018.pdf

EL COMISIONADO

ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL

JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA 02

C. CELSO CIMEPOOT

C.P. ANA GUADALUPE BAUTISTA MEDINA

DR. SÓCRATES HOMERO LEÓN PÉREZ

Me comprometo a comprobar el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados dentro de un periodo no máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación autorizo me sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizará transferencia de datos personales para atender requerimientos del artículo 91 Fracción IX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/aviso-de-privacidad>.



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: _____ Oficio No. RM/850/2018

POR EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA
ANTE LA CUAL SE DESARROLLO LA COMISIÓN

HAGO CONSTAR QUE EL C. _____ CELSO CIME POOT _____
LABORO EN ESTA CIUDAD DE: _____ PLAYA DEL CARMEN, SOLIDARIDAD, QUINTANA ROO _____
LOS DÍAS: _____ 01 DE OCTUBRE 2018 AL 01 DE OCTUBRE 2018 _____



NOMBRE Y FIRMA


GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2
C.S. Ejido Playa del Carmen

SELLO

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERÓ LA COMISIÓN

EL COMISIONADO CUMPLIÓ CON LOS TRABAJOS ENCOMENDADOS EN TIEMPO
Y FORMA CON BASE EN LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE



DR. SÓCRATES HOMERO LEÓN PÉREZ

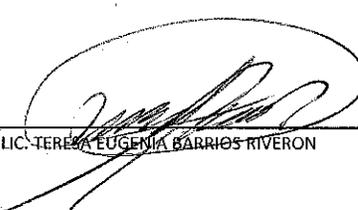

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2
JEFATURA

SELLO DE ÁREA O PROGRAMA

Me comprometo a comprobar el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados dentro de un período no máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación autorizo me sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizará transferencia de datos personales para atender requerimientos del artículo 91 Fracción IX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/avisos-de-privacidad>.



INFORME DE LA COMISIÓN															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center;">UNIDAD RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2</td> </tr> </tbody> </table>	UNIDAD RESPONSABLE	JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center;">FECHA DE ELABORACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01/10/2018</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA DE ELABORACIÓN	01/10/2018										
UNIDAD RESPONSABLE															
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2															
FECHA DE ELABORACIÓN															
01/10/2018															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th colspan="2" style="text-align: center;">DATOS GENERALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">NOMBRE DEL COMISIONADO</td> <td style="text-align: center;">C. CELSO CIME POOT</td> </tr> <tr> <td>CARGO DEL COMISIONADO</td> <td style="text-align: center;">SOPORTE ADMINISTRATIVO</td> </tr> <tr> <td>ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO</td> <td style="text-align: center;">RECURSOS MATERIALES</td> </tr> <tr> <td>PERIODO DE LA COMISIÓN</td> <td style="text-align: center;">POR 1/2 DÍA DEL 01/10/2018 AL 01/10/2018</td> </tr> <tr> <td>LUGAR DE LA COMISIÓN</td> <td style="text-align: center;">PLAYA DEL C. SOLIDARIDAD, QUINTANA ROO</td> </tr> <tr> <td>IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS</td> <td style="text-align: center;">\$435.00</td> </tr> </tbody> </table>		DATOS GENERALES		NOMBRE DEL COMISIONADO	C. CELSO CIME POOT	CARGO DEL COMISIONADO	SOPORTE ADMINISTRATIVO	ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	RECURSOS MATERIALES	PERIODO DE LA COMISIÓN	POR 1/2 DÍA DEL 01/10/2018 AL 01/10/2018	LUGAR DE LA COMISIÓN	PLAYA DEL C. SOLIDARIDAD, QUINTANA ROO	IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	\$435.00
DATOS GENERALES															
NOMBRE DEL COMISIONADO	C. CELSO CIME POOT														
CARGO DEL COMISIONADO	SOPORTE ADMINISTRATIVO														
ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	RECURSOS MATERIALES														
PERIODO DE LA COMISIÓN	POR 1/2 DÍA DEL 01/10/2018 AL 01/10/2018														
LUGAR DE LA COMISIÓN	PLAYA DEL C. SOLIDARIDAD, QUINTANA ROO														
IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	\$435.00														
<p>REVISION Y REPARACION DE 22 CONTACTOS DE LUZ Y CHECAR TINACO YA QUE BOTA AGUA Y CHECAR BAÑOS</p>															
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO</p> <div style="text-align: center;">  <hr style="width: 100%;"/> <p>C. CELSO CIME POOT</p> </div>	<p>NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO</p> <div style="text-align: center;">  <hr style="width: 100%;"/> <p>LIC. TERESA EUGENIA BARRIOS RIVERON</p> </div>														
<p>DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE INFORME SON VERDADEROS, ASI 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.</p>															

Me comprometo a comprobar el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y con la documentación correspondiente, y en su caso reintegrar los importes no devengados dentro de un periodo no máximo de 5 días al término de la comisión, en el evento de omitir esta obligación autorizo me sea descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique.

Se le informa que los Servicios Estatales de Salud (SESA) realizará transferencia de datos personales para atender requerimientos del artículo 91 Fracción IX de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/aviso-de-privacidad>.





ANEXO I

OFICIO DE COMISIÓN No. : RM/850/2018

ASUNTO: REPARACION DE CORTO CIRCUITO

CANCÚN, QUINTANA ROO A 01 DE OCTUBRE DEL 2018

"2018, AÑO POR UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA"

C.CELSO CIME POOT
SOPORTE ADMINISTRATIVO
P R E S E N T E

POR ESTE MEDIO INFORMO A USTED QUE TENDRÁ A BIEN PRESENTARSE

EN LA CD DE: PLAYA DEL C. SOLIDARIDAD, QUINTANA ROO. 1/2 DIA DEL 01/10/2018 AL 01/10/2018

CON LA FINALIDAD DE : REVISAR Y REPARAR CORTO CIRCUITO DE 22 CONTACTOS ELECTRICOS DE LA
UNIDAD MEDICA Y CHECAR TINACO YA QUE SE TIRA Y FUGA DE AGUA EN BAÑOS

ATENTAMENTE

DR. SÓCRATES HOMERO LEÓN PÉREZ
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No.2



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2
JEFATURA

c.c.p.- Minutario