

**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
2019	SEGUNDO	FEDERAL	M03022	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	JEFA DE RECURSOS FINANCIEROS	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
CAROL NATHALI	SANCHEZ	CHAZARO				
RFC: SACC890901CS0			ASUNTO: comision a holbox	NACIONAL	0	0

Cargo al programa: POA

Lugar de adscripción del comisionado			Lugar del encargo o comisión			Motivo del encargo o comisión	Medio de transporte	Período 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	HOLBOX	ASUNTO: comision a holbox	TERRESTRE	07:00 a. m. 20/05/2019	07:00 p. m. 20/05/2019

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			
<b>Total comisión:</b>		\$	\$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
21/05/2019	Formato de oficio de comisión CAROL SANCHEZ HOLBOX 20.xlsx	Formato de oficio de comisión CAROL SANCHEZ HOLBOX 20.xlsx	RECURSOS FINANCIEROS\CLASIFICADOR,VARIOS\lineami

EL COMISIONADO

CAROL NATHALI SANCHEZ CHAZARO

ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL

C.P. ANA GUADALUPE BAUTISTA MEDINA

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 02

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/avisos-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: 440/2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C.

CAROL NATHALI SANCHEZ CHAZARO

LABORO EN ESTA CIUDAD DE:

HOLBOX, QUINTANA ROO

LOS DÍAS:

POR 1 DÍA DEL 20/05/2019 al 20/05/2019

  
Gina Ma. Gonzalez Avila  
NOMBRE Y FIRMA

  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
ESTADO DE Q. ROO, MEX  
JURISDICCION SANITARIA No. 2  
CENTRO DE SALUD  
2019  
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  
JURISDICCION SANITARIA No. 2  
JEFATURA  
SELLO

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>.

INFORME DE LA COMISIÓN					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <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: #d3d3d3;"> <th style="text-align: center;">FECHA DE ELABORACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">20/05/2019</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA DE ELABORACIÓN	20/05/2019
UNIDAD RESPONSABLE					
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2					
FECHA DE ELABORACIÓN					
20/05/2019					
DATOS GENERALES					
NOMBRE DEL COMISIONADO	CAROL NATHALI SANCHEZ CHAZARO				
CARGO DEL COMISIONADO	JEFA DE RECURSOS FINANCIEROS				
ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	JURISDICCION SANITARIA NO2				
PERIODO DE LA COMISIÓN	POR 1/2 DÍA DEL 20/05/2019 al 20/05/2019				
LUGAR DE LA COMISIÓN	HOLBOX, QUINTANA ROO				
IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	\$435.00				
<p>A REALIZAR INVENTARIO DE FORMAS VALORADAS</p>					
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO</p>  <p>_____</p> <p>MTRA CAROL NATHALI SANCHEZ CHAZARO</p>	<p>NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO</p>  <p>_____</p> <p>C.P. ANA GUADALUPE BAUTISTA MEDINA</p>				
<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 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>.







**ANEXO I**

**OFICIO DE COMISIÓN No. \_440/2019**

**ASUNTO:** comision a holbox

**CANCÚN, QUINTANA ROO A 20 DE mayo DEL 2019**

**"2019, AÑO DEL RESPETO A LOS DERECHOS HUI**

**MTRA CAROL NATHALI SANCHEZ CHAZARO**  
**JEFA DE RECURSOS FINANCIEROS**  
**P R E S E N T E**

POR ESTE MEDIO INFORMO A USTED QUE TENDRÁ A BIEN PRESENTARSE

EN LA CD DE: **20 AL 20 DE MAYO DEL 2019**

CON LA FINALIDAD DE :

**A REALIZAR INVENTARIO DE FORMAS VALORADAS**

**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



