

**Dependencia:** SERVICIOS ESTATALES DE  
SALUD EN QUINTANA ROO  
**Dirección de:** JURISDICCIÓN SANITARIA No.1  
**Área:** DEPTO. DE VECTORES  
**No. de Oficio:** SES/JS1/CVE/VECTORES/4128/IX/2019.

**"2019, año del respeto a los derechos humanos"**

**ASUNTO:** *Comisión.*

*Chetumal, Q. Roo, a 30 septiembre 2019.*

**C. ALEJANDRO AVILA VALENCIA.  
TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD  
PRESENTE.**

Por medio del presente, le informo que se le comisiona del día 01 al 05, 07 al 12, 14 al 16 oct/19 del año en curso, a las localidades de C. Rejon, Ojo De Agua, Alacranes, Icaiche, Nicolas Bravo, Tres Garantias, Morocoy, Fco. Villa, Glez. Ortega, para realizar Actividades De Búsqueda De Febriles Y Control Larvario, por lo cual se le autoriza 11 días de viáticos con cargo al Programa de Vectores.

Sin otro particular, me despido de Usted no sin antes enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1**

  
**DR. FERNANDO GONZÁLEZ ZENDEJAS**



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
JEFATURA

C.c.p - Minutario.

FGZ/VAR/DG/PP/RECP/jabr\*Av. Andrés Quintana Roo Col. Centro. C.P. 77000.

Chetumal, Quintana Roo, México.

Tel: (983) 83 51921 Ext. 65350

Imagen.sesa@gmail.com

Anexo I

Oficio de Comisión No. 4128/2019

**ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES**

Ejercicio	Trimestre	Tipo de Plazo	Clave o nivel del puesto	Denominación del puesto	Denominación del cargo	Área de adscripción
2019	OCTUBRE - DICIEMBRE	ESTATAL	M02073	TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD	TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD	VECTORES

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				
ALEJANDRO	AVILA	VALENCIA	ACTIVIDADES DE BUSQUEDA DE FEBRILES Y CONTROL LARVARIO	NACIONAL	0	\$0.0
R.F.C.: AVA981107499						

Cargo al Programa: VECTORES

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	QROO	CHETUMAL	MEXICO	QROO	C. REJON, OJO DE AGUA, ALACRANES, ICAICHE, NICOLAS BRAVO, TRES GARANTIAS, MOROCOY, FCO. VILLA, GLEZ. ORTEGA	ACTIVIDADES DE BUSQUEDA DE FEBRILES Y CONTROL LARVARIO	TERRESTRE	06:30 HRS. 07/10/2019 06:00 HRS. 07/10/2019 06:00 HRS. 14/10/2019	06:30 HRS. 05/10/2019 06:00 HRS. 12/10/2019 06:00 HRS. 16/10/2019

Importe ejercido por el encargo o comisión

Clave (s) Presupuestal (es): 21		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	\$ 350.00	\$ 350.00	\$ 3850
37101	Pasajes aéreos nacionales			
37201	Pasajes terrestres nacionales			
37301	Pasajes marítimos, lacustres y fluviales			
39201	Impuestos y derechos			
Total comisión:		\$ 350.00	\$ 350.00	\$3850

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
21/10/2019			

EL COMISIONADO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 1

C. ALEJANDRO AVILA VALENCIA

M. EN A. D. VICTORIA ALCALÁ ROMERO

DR. FERNANDO GONZALEZ ZENDEJAS

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 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) realizarán transferencias 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 más 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**

<b>UNIDAD RESPONSABLE</b> JURISDICCION SANITARIA #1	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> 30/09/2019
--	---

DATOS GENERALES	
NOMBRE DEL COMISIONADO	ALEJANDRO AVILA VALENCIA
CARGO DEL COMISIONADO	TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD
ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	JURISDICCION SANITARIA #1
PERIODO DE LA COMISIÓN	01 AL 05, 07 AL 12, 14 AL 16 OCT/19
LUGAR DE LA COMISIÓN	C. REJON, OJO DE AGUA, ALACRANES, ICAICHE, NICOLAS BRAVO, TRES GARANTIAS, MOROCOY, FCO. VILLA, GLEZ. ORTEGA
IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	3850

PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE BUSQUEDA DE FEBRIL Y CONTROL LARVARIO, POR LO QUE SE LE AUTORIZA 11 DIAS DE GASTOS DE CAMINOS PARA EL PROGRAMA DE VECTORES.



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCION SANITARIA No. 1  
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA

FIRMA DEL COMISIONADO

C. ALEJANDRO AVILA VALENCIA

*[Firma manuscrita]*

DRA. DIANA GABRIELA POOL PECH

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO  
SELLO  
COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

C. RUBEN ERNESTO CRUZ PEREZ.

*[Firma manuscrita]*

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.

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 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) realizarán transferencias 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 más 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.**

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
SECTOR 4 ZONA LIMITROFE  
VECTORES

NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS  
Y PASAJES: 4128 /2019

**Anexo IV**  
SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
DISTRITO 1  
VECTORES

1, 2, 3, 4 / 10 / 19  
*José A. Brincos Hd*

*Ruben Cruz P*  
12, 3, 4 / Oct / 19

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. ALEJANDRO AVILA VALENCIA

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: C. REJON, OJO DE AGUA, ALACRANES, ICAICHE, NICOLAS  
BRAVO, TRES GARANTIAS, MOROCOY, FCO. VILLA, GLEZ.  
ORTEGA

LOS DÍAS: 05, 07 AL 12, 14 AL 16 OCT/19



SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
DISTRITO 1  
VECTORES  
*Ruben Cruz P*  
7, 8, 9, 10, 11 / Oct / 19

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
SECTOR 4 ZONA LIMITROFE  
VECTORES

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
SECTOR 4 ZONA LIMITROFE  
VECTORES



7, 8, 9, 10, 11 / Oct / 19  
*José A. Brincos Hd*

NOMBRE Y FIRMA *José A. Brincos Hd* SELLO

POR LA DEPENDENCIA QUE GENERO LA COMISIÓN

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

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
DISTRITO 1  
VECTORES  
*Ruben Cruz P*  
14, 15 / Oct / 19

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

DR. FERNANDO GONZÁLEZ ZENDEJAS

*Fernando González Zendejas*  
NOMBRE Y FIRMA

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
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 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) realizarán transferencias 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 más información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://groo.gob.mx/sesa/avisos-de-privacidad>.