

Dependencia: SERVICIOS ESTATALES DE
SALUD EN QUINTANA ROO
Dirección de: JURISDICCION SANITARIA # 1
Área: P.A.S.I.A.
Oficio No. SES/DDG/JS1/PASIA/2850/XI/2019
Asunto: Comisión

Chetumal, Quintana Roo, a 20 de Noviembre de 2019
"2019, Año del Respeto a los Derechos Humanos"

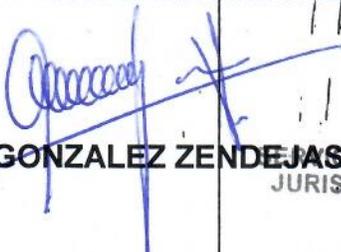
DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA
RESPONSABLE DEL PROGRAMA PASIA
DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 1
PRESENTE

Por medio de la presente, me permito dirigirme a usted para comisionarla el día **23 de noviembre** del presente año, al **(C.S.R. RIO ESCONDIDO)**, para realizar la supervisión del programa de vacunación universal.

Lo anterior se llevara a cabo en el vehículo **OFICIAL FORD RANGER** con placas **SZ-4755-G**. Por lo cual se le autoriza una cuota de viáticos sin pernocta por día comisionado, que serán cargados al Programa de Vacunación Universal.

Sin otro asunto en particular, aprovecho la ocasión para hacerle llegar un cordial saludo.

ATENTAMENTE
JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA NUM.1



DR. FERNANDO GONZALEZ ZENDEJAS



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. 1
JEFATURA

C.C.P. CONTROL DE ASISTENCIA
C.c.p.-Minutario.
FGZ/JALS/JS/hgec.

Servicios Estatales de Salud
Jurisdicción Sanitaria No. 1
Av. Andrés Quintana Roo No. 141
Col. Centro. C.P. 77000
Chetumal, Quintana Roo, México.
Tel.: (983) 83 20097

Anexo II

Oficio de Comisión No. 2850

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
2019	OCTUBRE - DICIEMBRE	BÁSE	MO1006	MEDICO GRAL.	MEDICO GRAL.	PASIA

Nombre completo del (a) 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				
JULIA LETICIA	VIDAL	SILVA	PARA REALIZAR LA SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL	NACIONAL	0	\$ 0.00
R.F.C.: VISJ6701289B5						

Cargo al Programa: PASIA (VACUNACION UNIVERSAL)

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	QUETUMAL	MEXICO	Q.ROO	RIO ESCONDIDO	REALIZAR LA SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL	TERRESTRE	07:00 AM. 23/11/19	07:00 P.M. 23/11/19

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	\$870	\$435	\$435
37101	Pasajes aéreos nacionales			
37201	Pasajes terrestres nacionales			
37301	Pasajes marítimos, lacustres y fluviales			
39201	Impuestos y derechos			
Total comisión:		\$870	\$435	\$435

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
26/11/19			

EL COMISIONADO

DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

M. en A.D. VANESSA ALCALA ROMERO

JEFA DE LA JURISDICCIÓN
SANITARIA No. 1

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 mayor información sobre el uso de sus datos



INFORME DE LA COMISIÓN

UNIDAD RESPONSABLE

JURISDICCION SANITARIA No. 1

FECHA DE ELABORACIÓN

20/11/19

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL COMISIONADO DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

CARGO DEL COMISIONADO COORDINADORA DEL PROGRAMA PASIA J-1

ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO JURISDICCION SANITARIA No. 1

PERIODO DE LA COMISIÓN 23/11/2019

LUGAR DE LA COMISIÓN NUEVO JERUSALEN

IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS \$435

SE SUPERVISA Y VERIFICA EL REZAGO DE LOS ESQUEMAS INCOMPLETO EN LAS UNIDADES MÉDICAS SOBRE EL PROGRAMA PASIA SIN NINGUN CONTRATIEMPO.

FIRMA DEL COMISIONADO

DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

DRA. JUDITH
ADELA LEZAMA
SALCEDO

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.



**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: SES/DDG/JSU/DASIA/2850/XI/2019

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: RIO ESCONDIDO

LOS DÍAS: 23 DE NOVIEMBRE DE 2019



**SERVICIOS ESTATALES
DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
CENTRO DE SALUD RURAL
RÍO ESCONDIDO
QUINTANA ROO**

Ezequiel Ernesto Chz Koyac
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.**

EL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE

[Signature]
NOMBRE Y FIRMA



**SERVICIOS ESTATALES
DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
SELO
COORDINACIÓN
MÉDICA**