

**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/4622/X/2019.

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

**ASUNTO:** Comisión.

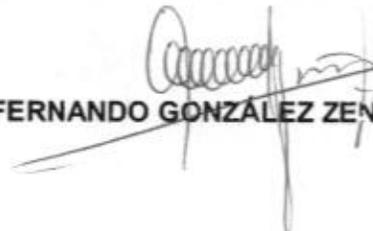
*Chetumal, Q. Roo, a 31 octubre 2019.*

**C. MIGUEL ARCANGEL SALAZAR CHI.**  
**JEFE DE SECTOR EN PROGRAMAS DE SALUD**  
**PRESENTE.**

Por medio del presente, le informo que se le comisiona del día 04 al 09, 11 al 16 nov 2019 del año en curso, a las localidades de Valle Hermoso, Kuchumatan, Maya Balam, San Isidro La Laguna, Miguel Hidalgo, Pedro A. Santos, Lazaro Cardenas, Huatusco, San Roman, Altos De Sevilla, para realizar Actividades De Promocion., por lo cual se le autoriza 10 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/DGPP/RECP/jabr*\*Av. Andrés Quintana Roo Col. Centro. C.P. 77000.

Jurisdicción Sanitaria No.1  
Chetumal, Quintana Roo, México.  
Tel.: (983) 83 51921 Ext. 65350  
Imagen.sesa@gmail.com

Anexo I

Oficio de Comisión No. 462/2019

**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	FEDERAL	MD2055	JEFE DE SECTOR EN PROGRAMAS DE SALUD	JEFE DE SECTOR EN PROGRAMAS DE SALUD	VECTORES

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				
MIGUEL ARCANGEL	SALAZAR	CHI	ACTIVIDADES DE PROMOCION.	NACIONAL	0	\$0.0
R.F.C.: SACMB20727NA5						

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	VALLE HERMOSO, KUCHUMATAN, MAYA BALAM, SAN ISIDRO LA LAGUNA, MIGUEL HIDALGO, PEDRO A. SANTOS, LAZARO CARDENAS, HUATUSCO, SAN ROMAN, ALTOS DE SEVILLA	ACTIVIDADES DE PROMOCION.	TERRESTRE	06:00 HRS. 04/11/2019 06:00 HRS. 11/11/2019	06:00 HRS. 09/11/2019 06:00 HRS 16/11/2019

Importe ejercido por el encargo o comisión				
Clave (s) Presupuestal (es): 21				
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	\$ 3500
37101	Pasajes aéreos nacionales			
37201	Pasajes terrestres nacionales			
37301	Pasajes marfilinos, lacustres y fluviales			
39201	Impuestos y derechos			
Total comisión:		\$ 350.00	\$ 350.00	\$3500

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
21/11/2019			

EL COMISIONADO  
C. MIGUEL ARCANGEL SALAZAR CHI

COORDINADOR ADMINISTRATIVO  
M. EN A. D. VANESSA ALCALÁ ROMERO

JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 1  
DR. FERNANDO GONZALEZ ZENDEAS

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**

**UNIDAD RESPONSABLE**

JURISDICCION SANITARIA #1

**FECHA DE ELABORACIÓN**

31/10/2019

**DATOS GENERALES**

NOMBRE DEL COMISIONADO	MIGUEL ARCANGEL SALAZAR CHI
CARGO DEL COMISIONADO	JEFE DE SECTOR EN PROGRAMAS DE SALUD
ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	JURISDICCION SANITARIA #1
PERIODO DE LA COMISIÓN	04 AL 09, 11 AL 16 NOV 2019
LUGAR DE LA COMISIÓN	VALLE HERMOSO, KUCHUMATAN, MAYA BALAM, SAN ISIDRO LA LAGUNA, MIGUEL HIDALGO, PEDRO A. SANTOS, LAZARO CARDENAS, HUATUSCO, SAN ROMAN, ALTOS DE SEVILLA
IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	3500

PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION. POR ESTE SE LE AUTORIZA 10 DIAS DE GASTOS DE CAMINO CON CARGO AL FONDO DE VECTORES.



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

FIRMA DEL COMISIONADO

C. MIGUEL ARCANGEL SALAZAR CHI

GABRIELA POOL PECH

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO  
SELLO  
COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

C. RUBEN ERNESTO CRUZ PEREZ

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/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: 4622 / 2019

SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
DISTRITO 1  
VECTORES  
*Ruben Cruz P.*  
4.5.6.3.3 / Nov / 19

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. MIGUEL ARCANGEL SALAZAR CHI

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: VALLE HERMOSO, KUCHUMATAN, MAYA BALAM, SAN  
ISIDRO LA LAGUNA, MIGUEL HIDALGO, PEDRO A. SANTOS,  
LAZARO CARDENAS, HUATUSCO, SAN ROMAN, ALTOS DE  
SEVILLA

LOS DÍAS: 04 AL 09, 11 AL 16 NOV 2019

  
SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
SECTOR 3 BACALAR  
VECTORES  
*[Signature]*

  
SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
SECTOR 3 BACALAR  
VECTORES  
*[Signature]*

  
SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD  
JURISDICCIÓN No. 1  
DISTRITO 1  
VECTORES  
*Ruben Cruz P.*  
11, 12, 13, 14, 15 / Nov / 19

*04, 05, 06, 07, 08 / 11 / 2019*  
*Joc / ISAIAS UH Esquivel*

NOMBRE Y FIRMA 11, 12, 13, 14, 15 / 11 / 2019 SELLO  
*Joc / ISAIAS UH Esquivel*

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

**DR. FERNANDO GONZÁLEZ ZENDEJAS**

*[Signature]*  
NOMBRE Y FIRMA

  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
JEFATURA  
SELLO