



# JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2 R.F.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

MS.P. Alejandra Aguirre Crespo  
Secretaria de Salud y Directora General  
de los Servicios Estatales de Salud



JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
R.H. **SESA**  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Anexo II

Oficio de Comisión No.

SMYP/384/2020

## 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          |
|-----------|-----------|---------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|
| 2020      | TERCER    | CONTRATO      | M01006                  | MEDICO GENERAL          | RESPONSABLE DE SALUD<br>MATERNA Y PERINATAL | JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2 |

| Nombre completo del (la) servidor(a) público(a) |           |          | Denominación del encargo o comisión                     | Tipo de viaje<br>(Nacional/Inter-<br>nacional) | Número de personas acompañantes<br>en el encargo o comisión del servidor<br>público | Importe ejercido<br>por el total de<br>acompañantes |
|-------------------------------------------------|-----------|----------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| SILVIA AURORA                                   | DOMINGUEZ | ESPINOSA | SUPERVISION DEL<br>PROGRAMA DE SMYP EN<br>LEONA VICARIO | NACIONAL                                       | 0                                                                                   | 0                                                   |
| RFC: DOES8402089L3                              |           |          |                                                         |                                                |                                                                                     |                                                     |

Cargo al programa: **SALUD MATERNA Y PERINATAL**

| Lugar de adscripción del comisionado |                 |        | Lugar del encargo o comisión |                 |                  | Motivo del encargo o comisión                        | Medio de<br>transporte               | Período del encargo o comisión |                               |
|--------------------------------------|-----------------|--------|------------------------------|-----------------|------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| País                                 | Estado          | Ciudad | País                         | Estado          | Ciudad           |                                                      |                                      | Salida<br>(hora/día/mes/año)   | Regreso<br>(hora/día/mes/año) |
| MÉXICO                               | QUINTANA<br>ROO | CANCÚN | MÉXICO                       | QUINTANA<br>ROO | LEONA<br>VICARIO | SUPERVISION DEL PROGRAMA<br>DE SMYP EN LEONA VICARIO | TOYOTA YARIS<br>STJ-43-46 PARTICULAR | 7:00 a. m.<br>29/09/2020       | 04:00 p. m.<br>29/09/2020     |

| Días: <u>1/2</u> Cuota: <u>\$870</u> |                                          | Importe ejercido por el encargo o comisión             |  |                                                       |
|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|
| Clave(s) presupuestal(es):           |                                          | Anticipo                                               |  | Liquidación                                           |
| Claves de<br>partidas                | Denominación de la partida               | Importe asignado por concepto de gastos<br>de viáticos |  | Importe ejercido con motivo del<br>encargo o comisión |
| 37501                                | Viáticos en el país                      | \$ -                                                   |  | \$150.00                                              |
| 37101                                | Pasajes aéreos nacionales                |                                                        |  |                                                       |
| 37201                                | Pasajes terrestres nacionales            |                                                        |  |                                                       |
| 37301                                | Pasajes marítimos, lacustres y fluviales |                                                        |  |                                                       |
| 39201                                | Impuestos y derechos                     |                                                        |  |                                                       |
| <b>Total comisión:</b>               |                                          | \$ -                                                   |  | \$150.00                                              |

| Respecto a los informes por el encargo o comisión                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de entrega del<br>informe de la comisión o<br>encargo encomendado<br>(día, mes, año) | Hipervínculo al informe de la comisión o<br>encargo encomendado                                                                                                                                                                           | Hipervínculo a los comprobantes fiscales o<br>constancia de desempeño de labores                                                                                                                                                          | Hipervínculo a Los lineamientos para regular el<br>otorgamiento de viáticos y pasajes                                                                                                                                                     |
| 30/09/2020                                                                                 | <a href="https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario">https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario</a> | <a href="https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario">https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario</a> | <a href="https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario">https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-supervision-del-programa-de-salud-materna-y-perinatal-en-leona-vicario</a> |

EL COMISIONADO

ADMINISTRADOR DE LA JS2

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 2

DRA. SILVIA AURORA DOMINGUEZ ESPINOSA

C.P. ANA GUADALUPE BAUTISTA MEDINA

DR. SÓCRATES HOMERO LEÓN PÉREZ

RESPONSABLE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA JS2

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA 2

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 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: SMYP/384/2020

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

HAGO CONSTAR QUE EL C.

SILVIA AURORA DOMINGUEZ ESPINOSA

LABORO EN ESTA CIUDAD DE:

LEONA VICARIO, PUERTO MORELOS

LOS DÍAS:

POR 1/2 DIA DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2020

Bertha U. Aguilar P.  
Bertha U. Aguilar P.  
NOMBRE Y FIRMA



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. SOCRATES HOMERO LEON PEREZ



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/aviso-de-privacidad>.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

MS.P. Alejandra Aguirre Crespo  
Secretaria de Salud y Directora General  
de los Servicios Estatales de Salud



**SESA**  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Anexo III

Oficio No. : SMYP/384/2020

| INFORME DE LA COMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>UNIDAD RESPONSABLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>                                                                                                       |
| JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 29/09/2020                                                                                                                        |
| <b>DATOS GENERALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                   |
| NOMBRE DEL COMISIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SILVIA AURORA DOMINGUEZ ESPINOSA                                                                                                  |
| CARGO DEL COMISIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RESPONSABLE DE SALUD MATERNA Y PERINATAL                                                                                          |
| ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | JURISDICCION SANITARIA NO2                                                                                                        |
| PERIODO DE LA COMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | POR 1/2 DÍA DEL 29/09/2020 AL 29/09/2020                                                                                          |
| LUGAR DE LA COMISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | LEONA VICARIO, PUERTO MORELOS                                                                                                     |
| IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$150.00                                                                                                                          |
| SUPERVISION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL EN EL C.S DE LEONA VICARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                   |
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL COMISIONADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO</b>                                                                                          |
| <br>_____<br>SILVIA AURORA DOMINGUEZ ESPINOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <br>_____<br>DRA. NADIA YANELLY CASTRO BARCO |
| 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. |                                                                                                                                   |

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 personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/aviso-de-privacidad>.

dependencia: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
EN QUINTANA ROO

direccion: SERVICIOS DE SALUD

Area: PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA

No.oficio: SMYP /384/20

Asunto: SE NOTIFICA COMISION

Cancun Q.Roo. 29/09/2020

"2020 50 ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE CANCUN"

DRA. SILVIA AURORA DOMINGUEZ ESPINOSA  
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL  
PRESENTE.

Por medio del presente me permito informar a Usted, que ha sido comisionada a la ciudad de PUERTO MORELOS, LEONA VICARIO con la finalidad de realizar la SUPERVISION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL EN EL C.S. DE LEONA VICARIO

Por tal motivo, se le autoriza 1/2 DIA de viatico en el vehiculo TOYOTA YARIS con placas STJ-43-46 PARTICULAR con salida del 29 al 29 de SEPTIEMBRE del año en curso.

sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

  
DR. SOCRATES HOMERO LEON PEREZ  
JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2



c.c.p. RECURSOS HUMANOS  
c.c.p. MINUTARIO



QROO.gob.mx

# SUPERVISION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL EN LEONA VICARIO

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 2

### Tipo de servidor publico

No titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión sin gasto para el sujeto obligado

### Ejercicio

2020

### Periodo que se reporta

septiembre

### Tipo de viaje

Nacional

## Datos de la comisión

### País de origen

México

### Estado de origen

Quintana Roo

### Ciudad de origen

Cancun

### Municipio de origen

Benito Juárez

### País de destino

México

### Estado de destino

Quintana Roo

### Ciudad de destino

LEONA VICARIO

### Motivo del encargo o comisión

SUPERVISION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL EN LEONA VICARIO

### Fecha de salida

2020-09-29

**Fecha de regreso**

2020-09-29

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida**

150.00

**Recurso económico**

Estatal

**Importe total erogado con motivo del encargo o comisión**

150.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Fecha de entrega del informe**

2020-09-30

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SE REVISARON LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA Y PUERPERA ASÍ COMO DEL RECIÉN NACIDO

**Resultados obtenidos**

SE REVISARON LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

**Contribuciones**

SE TOMARON ACUERDOS Y COMPROMISOS

**Conclusiones**

SE REALIZÓ CON ÉXITO LA COMISIÓN

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de actualización de la información**

2020-09-30

**Fecha de validación de la información**

2020-09-30

**Área(s) o unidad(es) administrativas que genera(n) o posee(n) la información**

SALUD REPRODUCTIVA (SALUD MATERNA Y PERINATAL)

**Importe total de la comisión**

150.00

*Dra. Silvia A. Domínguez Espinosa*

CED. PROF. 7899100  
ELAM/LA HABANA CUBA

**COMISIONADO**

(Nombre y firma)

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE INFORME SON VERDADEROS, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN ANEXA QUE REÚNE 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.