

**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/1286/IX/2020  
**Asunto:** Comisión

Chetumal, Quintana Roo, a 30 de Septiembre de 2020

**"2020, AÑO DEL 50 ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE CANCUN"**

**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 los días **12, 13 y 14 de octubre** del año en curso, a los **(C.S.R. MIGUEL ALEMAN – CHACCHOBEN – MELCHOR OCAMPO)** para supervisar el programa de infancia y adolescencia.

Lo anterior se llevara a cabo en el vehículo **PARTICULAR AVEO** con placas **UUL-431-F**. Por lo cual se autoriza una cuota de viáticos sin pernocta por día comisionado, que serán cargados al programa de infancia y adolescencia.

No omito manifestar que dicha comisión puede estar sujeta a cambios debido a las necesidades del programa.

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** JEFATURA

C.C.P. CONTROL DE ASISTENCIA  
Ccp-Miguel  
FGZMALDI/2020gzc

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



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCION SANITARIA No. 1  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

**Anexo II**  
**Oficio de Comisión No.1286**

**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
2020	OCTUBRE-DICIEMBRE	BASE	MO1006	MEDICO GRAL.	MEDICO GRAL.	PASIA

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				
JULIA LETICIA	VIDAL	SILVA	Supervisión de unidades próximas a re acreditar	NACIONAL	0	\$ 0.00
R.F.C.: VISJ670128MDFLL02						

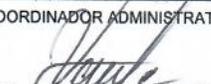
Cargo al Programa: PASIA (INFANCIA Y ADOLESCENCIA)

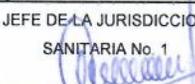
Lugar de adscripción del comisionado			Lugar del encargo o comisión			Motivo del encargo o comisión	Medio de Transporte	Periodo del encargo o comisión	
País	Estado	Ciudad	País	Estado	Ciudad			Salida (hora/día/mes/año)	Regreso (hora/día/mes/año)
MEXICO	Q ROO	CHETUMAL	MEXICO	Q ROO	MIGUEL ALEMAN	SUPERVISAR UNIDADES APLICANDO CEDULA DE SUPERVISION	TERRESTRE	07:00 A.M.	07:00 P.M.
					CHACCHO BEN			12/10/2020	12/10/2020
					MELCHOR OCAMPO			07:00 A.M.	07:00 P.M.
								13/10/2020	13/10/2020
								07:00 A.M.	07:00 P.M.
								14/10/2020	14/10/2020

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	\$1305	\$1305
37101	Pasajes aéreos nacionales			
37201	Pasajes terrestres nacionales			
37301	Pasajes marítimos, lacustres y fluviales			
39201	Impuestos y derechos			
Total comisión:		\$870	\$1305	\$1305

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
25/10/2020			

EL COMISIONADO  
  
DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

COORDINADOR ADMINISTRATIVO  
  
M. en A.D. VANESSA ALCALA ROMERO

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



Anexo III  
Oficio No.: 1286

**INFORME DE LA COMISIÓN**

<b>UNIDAD RESPONSABLE</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b>
JURISDICCION SANITARIA No. 1	30/09/20

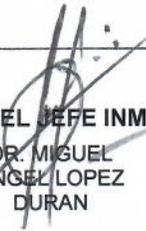
DATOS GENERALES	
NOMBRE DEL COMISIONADO	DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA
CARGO DEL COMISIONADO	COORDINADORA DEL PROGRAMA PASIA J-1
ADSCRIPCIÓN DEL COMISIONADO	JURISDICCION SANITARIA No.1
PERIODO DE LA COMISIÓN	DEL 12 AL 14 DE OCTUBRE DEL 2020
LUGAR DE LA COMISIÓN	MIGUEL ALEMAN, CHACHOBEN, MELCHOR OCAMPO
IMPORTE DE VIÁTICOS OTORGADOS	\$1305

SE REALIZA SUPERVISION AL CENTRO DE SALUD SIN NINGUN CONTRATIEMPO.

FIRMA DEL COMISIONADO

  
DRA. JULIA LETICIA VIDAL SILVA

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

  
DR. MIGUEL  
ÁNGEL LOPEZ  
DURAN

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 mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://qroo.gob.mx/sesa/avisos-de-privacidad>.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSTANCIA DE DESEMPEÑO DE LABORES O COMISIONES TEMPORALES EN LUGARES DISTINTOS AL DE ADSCRIPCIÓN.**

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
CENTRO DE SALUD RURAL  
MIGUEL ALEMAN  
OCOMPO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
CENTRO DE SALUD RURAL  
CHACCHOBEN  
QUINTANA ROO

NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS

Y PASAJES: SES/1006/154/PASAJE/1286

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

HAGO CONSTAR QUE EL C. Julia Leticia Vidal Salas

LABORO EN ESTA CIUDAD DE: Miguel Aleman, Chacchoben, Melchor

LOS DÍAS: Ocampo  
12, 13 y 14 de octubre del 2020

Dra Licely Aidee Sánchez García  
NOMBRE Y FIRMA

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
CENTRO DE SALUD RURAL  
MIGUEL ALEMAN  
QUINTANA ROO  
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  
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 mayor información sobre el uso de sus datos personales consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en <http://gooo.gob.mx/sesa/avisos-de-privacidad>.



QROO.gob.mx

## para realizar supervision de unidades de salud

### Datos Generales

#### Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 1

#### Tipo de servidor publico

No titular

#### Tipo de responsable del gasto

Comisión con gasto mixto

#### Ejercicio

2020

#### Periodo que se reporta

octubre

#### Tipo de viaje

Local

#### Número de personas acompañantes

0

#### Importe ejercido por el total de acompañantes

0.00

### Datos de la comisión

#### País de origen

México

#### Estado de origen

Quintana Roo

#### Ciudad de origen

Chetumal

#### Municipio de origen

Othón P. Blanco

#### País de destino

México

#### Estado de destino

Quintana Roo

#### Ciudad de destino

MIGUEL ALEMAN CHACCHOBEN Y MELCHOR OCAMPO

#### Motivo del encargo o comisión

Se supervisa el programa de infancia y adolescencia

**Fecha de salida**

2020-10-12

**Fecha de regreso**

2020-10-14

**Datos de la partida**

**Viáticos comprobados**

1305.00

**Viáticos sin comprobar**

0.00

**Importe ejercido por partida**

0.00

**Recurso económico**

Mixto

**Costo recurso estatal**

0.00

**Costo recurso federal**

0.00

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

1305.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Fecha de entrega del informe**

2020-10-25

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SE REALIZA APLICACIÓN DE CÉDULA DE SUPERVISION

**Resultados obtenidos**

LA MEJORA DEL PROGRAMA

**Contribuciones**

CAPACITACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

**Conclusiones**

SE CONCLUYE COMISIÓN CON ÉXITO.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de actualización de la información**

2020-10-25

**Fecha de validación de la información**

2020-10-25

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

DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS JSN 1

**Importe total de la comisión**

1305.00

**COMISIONADO**

(Nombre y firma)



JULIA ESTERITA VEDAS SILVA

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.