



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**QUINTANA
ROO** UNIDOS PARA
TRANSFORMAR

ANEXO I

Dependencia: HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES

Área: DIRECCION

No. de Oficio: SES/DDG/JS2/DHIIM/0157/VI/2024

"2024 Año del 50 Aniversario del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo."

Isla Mujeres, Quintana Roo, a 03 de Junio del 2024.

Asunto: Informe de comisión.

**DR. THARIN SADAT VITAL CASIQUE
DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA
HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES
P R E S E N T E.**

Por este medio, me permito informarle que tendrá a bien presentarse en las Oficinas Centrales de los Servicios Estatales de Salud, ubicadas en la ciudad de Chetumal, el día 04 de junio del presente año con la finalidad de asistir a una reunión de trabajo.

Esperando una respuesta favorable a la presente, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**DR. THARIN SADAT VITAL CASIQUE
DIRECTOR DEL HOSPITAL INTEGRAL
DE ISLA MUJERES**



**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. 2
HOSPITAL INTEGRAL
ISLA MUJERES, Q.ROO.
DIRECCION**

**C.c.p. Archivo
TSVC/aroa**

Hospital Integral de Isla Mujeres
Calle Boquinete Col. La Gloria entre Paseo de los Peces.
Ciudad: Isla Mujeres Quintana Roo Código Postal 77400
Correo: hospitalislamujeres2022agmail.com
Tel: 9988770117



SSA
SECRETARÍA
DE SALUD

SESA
SERVICIOS ESTATALES
DE SALUD



ANEXO 3
Oficio de comisión No. (SES/DDG/JS2/DHIIM/0157/VI/2024)

ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES (DEVENGADOS)

Ejercicio	Trimestre	Tipo de plaza y número de empleado	Clave o nivel del puesto	Denominación del puesto	Denominación del cargo	Área de adscripción
2024	II	ESTATAL 4897	CF34245	DIRECTOR DE HOSPITAL ESTATAL	DIRECTOR DE UNIDAD MEDICA	DIRECCION

Nombre completo de la persona comisionada			Denominación del encargado o comisión	Tipo de viaje (Local/ Nacional/ Internacional)	Número de personas acompañantes en el cargo o comisión de la persona comisionada	Importe ejercido por el total de acompañantes
THARIN SADAT VITAL CASIQUE						
Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	ASISTIR A REUNION DE TRABAJO EN LAS OFICINAS CENTRALES	LOCAL	0	0
THARIN SADAT	VITAL	CASIQUE				
Banco y CLABE interbancaria	BANAMEX 002691904821232780					
R.F.C: VICT-740501-PH4						

Cargo al Programa: **FOFIRE 2024**

Lugar de adscripción de la persona comisionada			Lugar del encargo o comisión			Motivo del encargo o comisión	Medio de transporte	Periodo del encargo o comisión	
País	Estado/Localidad	Ciudad	País	Ciudad	Ciudad/localidad	ASISTIR A REUNION DE TRABAJO EN LAS OFICINAS CENTRALES	TERRESTRE ADO MARITIMO	Salida (día/mes/año)	Regreso (día/mes/año)
MEXICO	Q.ROO	ISLA MUJERES	MÉXICO	CHETUMAL	CHETUMAL			03-JUN-24 10:30 PM	04-JUN-24 10:30 PM

Importe Ejercido por el Encargo o Comisión.

(1) DIAS ZONA I (1) VIATICOS (760) ZONA II () HOSPEDAJE ()				HOSPEDAJE (SI / NO)
Clave de partidas (29)	Denominación de la partida	Importe asignado por concepto de gastos viáticos	Importe ejercido con motivo del encargo o comisión	Importe de gastos no erogados derivados del encargo o comisión
37501	Hospedaje	0.00	0.00	
37501	Viáticos del País	760.00	0.00	
37201	Pasajes Terrestres Nacionales	0.00	1406.00	
37301	Pasajes marítimos, Lacustres y Fluviales	0.00	80.00	
39201	Impuestos y Derechos	0.00	0.00	
	Total de Comisión:	760.00	1486.00	

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 constancias de desempeño laborales	Hipervínculo a los Lineamientos para regular el otorgamiento de viáticos y pasajes
7-JUN-24	https://qroo.gob.mx/comisionesabiertas-asistir-una-reunion-de-trabajo-en-las-oficinas-centrales-de-los-servicios-1	file:///C:/Users/Administrador/Desktop/FACTURA%20ULTRAMAR%203%20DE%20JUNIO/xml_WB0000125514.xml file:///C:/Users/Administrador/Desktop/FAC TURA%20ADO/APU640930KV9_SES961019TX9_AP-19445346_19445346.xml	https://cloud.salud.qroo.gob.mx/index.php/s/nBKdXlKSk3slvpz#pdfviewer

COMISIONADO(a)

ADMINISTRADOR

DIRECTOR

DR. THARIN SADAT VITAL CASIQUE

LIC. CARLOS MANUEL GAMBO ORTIZ

DR. THARIN SADAT VITAL CASIQUE

Me comprometo a comprobar el importe asignado en concepto de viáticos y/o pasajes, por el monto otorgado y 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 informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados. Para mayor información sobre el uso de sus datos personales, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en nuestro portal de internet: <http://qroo.gob.mx/sesa>