

**OFICIO DE VIATICOS PARA ACTIVIDADES OPERATIVAS**

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/636/11/2025

**"2025, Año del 50 Aniversario de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo"**

**ASUNTO: Comisión.**

*Chetumal, Q. Roo, a 13 febrero 2025.*

**C. SICELA FANNY HERNANDEZ GARCIA.  
TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD  
PRESENTE.**

Por medio del presente, le informo que se le comisiona del día 17 al 22, 24 al 26 feb 2025 del año en curso, a las localidades de Sergio Butron Casas, Alvaro Obregon Vjo. Alvaro Obregon Nvo., para realizar Actividades De Control Larvario, por lo cual se le autoriza 7 días de viáticos con cargo al Programa de Vectores.

Sin otro particular, me despido de Usted no sin antes enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**DR. LINO ALONZO GUZMÁN DOMÍNGUEZ**  
**JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1**



**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**  
**JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1**  
**JEFATURA**

**"La localidad a la que ha sido comisionado, corresponde a una zona rural, por lo que en caso de no encontrar establecimientos que expidan comprobantes fiscales digitales, su comprobación se deberá realizar a través del Formato de Operaciones efectuadas No Comprobables por concepto de viáticos."**

*C.c.p.- Minutario.*  
*LAGD/MVCC/CPLA/RMCA/jabr\**

**ANEXO 3**

**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
2025	ENERO - MARZO	ESTATAL 6826	M02073	TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD	TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD	VECTORES

Nombre completo de la persona comisionada			Denominación del encargo 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
Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO	NACIONAL	0	0
SICELA FANNY	HERNANDEZ	GARCIA				
Banco y CLABE interbancaria	AZTECA 127180001461296006					
R.F.C:	HEGS731204HN4					

Cargo al Programa: VECTORES

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	ACTIVIDADES DE CONTROL LARVARIO	TERRESTRE	Salida (día/mes/año)	Regreso (día/mes/año)
MEXICO	Q.ROO	CHETUMAL	MEXICO	SERGIO BUTRON CASAS, ALVARO OBREGON VJO, ALVARO OBREGON NVO.	SERGIO BUTRON CASAS, ALVARO OBREGON VJO, ALVARO OBREGON NVO.			06:00 HRS. 17/02/2025, 06:00 HRS. 24/02/2025	06:00 HRS. 22/02/2025, 06:00 HRS. 26/02/2025

Importe Ejercido por el Encargo o Comisión.

(7) DIAS	ZONA I ( X )	VIATICOS ( X )	ZONA II ( )	HOSPEDAJE ( )	HOSPEDAJE ( SI / NO )
Clave de partidas	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		\$ 2450		
37501	Viáticos del País				
37201	Pasajes Terrestres Nacionales				
37301	Pasajes marítimos, Lacustres y Fluviales				
39201	Impuestos y Derechos				
Total de Comisión:			\$ 2450		

**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
07/03/2025			<a href="https://cloud.salud.gob.mx/index.php/s/nPKdXKSz_8j/#/detalle">https://cloud.salud.gob.mx/index.php/s/nPKdXKSz_8j/#/detalle</a>

Comisionado (a)

Jefe (a) del Departamento

Administradora Jurisdiccional

Jefe de la Jurisdicción No.11

*Sicela Noz Gove*  
C. SICELA FANNY HERNANDEZ GARCIA

*[Firma]*  
C. ROBERTO M. CAAMAL ACEVEDO

*[Firma]*  
LIC. MARTHA VERÓNICA COCOM CERVANTES

*[Firma]*  
DR. LINO ALONZO GUZMAN DOMINGUEZ

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 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 aquellas 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.aob.mx/sssa>



**ANEXO 5**  
**NÚM. DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:**  
**536**



**SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD**  
JURISDICCION No. 1  
**SECTOR 1 RIO HONDU  
VECTORES**  
17, 18, 19, 20, 21-2-25  
Guillermo Canul



**SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD**  
JURISDICCION No. 1  
**SECTOR 1 RIO HONDU  
VECTORES**  
24, 25- 2-25  
Guillermo Canul



**SERVICIOS ESTATALE  
DE SALUD**  
JURISDICCION No. 1  
**DISTRITO 1  
VELTUNES**  
Rigoberto Coamal  
17, 18, 19, 20, 21/02/25



**SERVICIOS ESTATALE  
DE SALUD**  
JURISDICCION No. 1  
**DISTRITO 1  
VELTUNES**  
Rigoberto Coamal  
24, 25/02/25

"Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la presente comprobación de Viáticos otorgados, se realizó tomando en consideración que en la zona rural denominada Sergio Butron Casas, Alvaro Obregon Vjo. Alvaro Obregon Nvo. Ubicada en el municipio de CPB no se localizaron establecimientos comerciales con expedición de comprobación fiscales digitales"