



**ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS Y PASAJES**

Ejercicio	Trimestre	Tipo de plaza y número de empleado	Clave o nivel del puesto	Denominación del puesto	Denominación del cargo	Área de adscripción
2025	ABR-JUN	REGULARIZADA 15713	MO2035	ENFERMERA GRAL. TITULADA	ENFERMERA GRAL TITULADA	JEFATURA DE ENFERMERIA

Nombre completo de la persona comisionada			Denominación del encargo o comisión	Tipo de Viaje (Local/ Nacional/ Inter.)	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	TRASLADO DE PACIENTE	NACIONAL	1	453.00
LORENZA ANTONIA	ONTIVEROS	CAB				
R.F.C: OICL 841218 DE1						

Cargo al Programa: ATENCION MEDICA DE SEGUNDO NIVEL 6275

Lugar de adscripción de la persona comisionada			Lugar del encargo o comisión			Medio de transporte	Periodo del encargo o comisión		
País	Estado/ Localidad	Ciudad	País	Estado	Ciudad/ localidad		Motivo del encargo o comisión.	Salida (hra/día/mes/año)	Regreso (hra/día/mes/año)
MEXICO	Q.ROO	CHETUMAL	MEXICO	YUCATAN	MERIDA	TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN	TERRESTRE AMB 010 PLACAS AM784TL	04:00 AM 25/ABR/25	11:00 PM 25/ABR/25

**Importe Ejercido por el Encargo o Comisión.**

(1/2) DIA	ZONA (II)	VIATICOS ( 453.00 )	ZONA II ( )	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			
37501	Viáticos del País		453.00	
37201	Pasajes Terrestres Nacionales			
37301	Pasajes marítimos, Lacustres y Fluviales			
39201	Impuestos y Derechos			
Total de Comisión:			<b>\$453.00</b>	

**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
28 DE ABRIL DEL 2025.		

**COMISIONADO**  
**LORENZA ANTONIA ONTIVEROS CAB**

**JEFA DE ENFERMERIA DEL HGCH**  
**L.E. ISIDRA MONTEJO DE DIOS**

**SUBDIRECTOR ADMVO. DEL HGCH.**  
**MTRO. RODOLFO SERRATO RAMIREZ**

**DIRECTORA DEL HGCHET.**  
**DRA. LILIANA E. LOPEZ TORRES**

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>



**FORMATO DE OPERACIONES EFECTUADAS NO COMPROBABLES  
POR CONCEPTO DE VIÁTICOS**

Chetumal, Q.Roo a 25 de abril del 2025.

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

**DRA.LILIANA ESTHER LOPEZ TORRES**  
**DIRECTORA DEL HOSP. GRAL. DE CHET.**

Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 36, tercer párrafo de los LINEAMIENTOS PARA EL EJERCICIO, CONTROL Y COMPROBACION DEL GASTO PUBLICO DESTINADO AL PAGO DE VIATICOS, PASAJES Y DEMAS EROGACIONES RELACIONADAS CON LAS COMISIONES OFICIALES EFECTUADAS POR LAS PERSONA SERVIDORAS PUBLICAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA CENTRAL Y PARAESTATAL DEL PODER EJECUTIVO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, se expide el presente para efectos de acreditar las operaciones efectuadas no comprobables por concepto de viáticos, por la cantidad de 453.00 (CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.) derivadas de la comisión que me fue encomendada con motivo de TRASLADO DE PACIENTE al HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA PENINSULA DE YUCATAN el día 25 DE ABRIL DEL 2025. En los términos que se detallan a continuación:

<b>No. De Oficio de comisión:</b> SESA/DDG/JSI/DHGCH/SA/RF/0150/IV/2025	
<b>Monto total otorgado</b>	<b>Monto equivalente al 20%</b>
\$453.00	\$453.00

Desglose de operaciones efectuadas No Comprobables por concepto de viáticos		
25/ABR/25	Consumo de alimentos	200.00
25/ABR/25	Consumo de alimentos	253.00
<b>TOTAL</b>		<b>453.00</b>

**CONSTANCIA DE DESEMPEÑO**

AUTORIZO

LORENZA ANTONIA ONTIVEROS CAB

Hospital Regional de  
Alta Especialidad de la  
Península de Yucatán

SELLO

ATENTAMENTE

LIC.ENF.ISIDRA MONTEJO DE DIOS  
JEFA DE ENFERMERIA DEL HGCH

