



Salud  
Secretaría de Salud



QUINTANA ROO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
UNIDOS PARA TRANSFORMAR

OFICIO DE VIÁTICOS PARA ACTIVIDADES OPERATIVAS

Dependencia: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
DE QUINTANA ROO  
Dirección: JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1  
Área: COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
Departamento: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES  
No. de Oficio: SES/DDG/JS1/CSS/DENT/419/VII/2025  
Expediente: 2025

ASUNTO: Comisión

Cd. Chetumal, Quintana Roo 23 de Julio de 2025

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

C. MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ  
AUX. ADMINISTRATIVO DEL DENT DE LA JS1  
PRESENTE

Por medio de la presente me permito informarle que ha sido comisionado en la siguiente fecha: 24 de Julio del presente a la siguiente localidad: **Caobas**, del municipio de Othón P Blanco, a la unidad de salud perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1, con la finalidad de realizar acciones de supervisión de los programas y estrategias del departamento de enfermedades No transmisibles

El traslado será en el vehículo oficial marca NISSAN, modelo NP300, número de placas TA-8022-M.

Para tal efecto se le autorizan 1/2 día de viático importe de \$339.42 con cargo al Programa de salud en el Adulto y el Anciano H17650 Control y Tratamiento de la Obesidad y Riesgo cardiovascular.

Sin otro asunto en particular, me es grato hacer propicia la ocasión para enviarle un cordial y afectuoso saludo.

ATENTAMENTE



DR. LINO ALONZO GUZMAN DOMINGUEZ  
JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD  
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1

JEFEATURA

"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. EXP/MINUTARIO  
LAGD/CAVG/DDG/mamg

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 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://tram.aoq.mx/ssa>





Salud  
Secretaría de Salud



SSA  
SECRETARÍA  
DE SALUD

SSA  
SECRETARÍA  
DE SALUD

## ANEXO 3

Oficio de comisión No. 419

### ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS, HOSPEDAJE Y PASAJES (DEVENGADOS)

| Ejercicio | Trimestre    | Tipo de plaza y número de empleado | Denominación del puesto | Denominación del cargo | Área de adscripción |
|-----------|--------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| 2025      | Julio- septi | CONTRATO<br>15925                  | EM03024                 | AUX. ADMVO.            | AUX. ADMVO.         |
|           |              |                                    |                         |                        | JS1 DENT            |

| 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   | SUPERVISIÓN DEL D.E.N.T             | LOCAL                                          | 0                                                                                | 0                                             |
| MIGUEL ANGEL                              | MORALES         | GONZALEZ           |                                     |                                                |                                                                                  |                                               |
| Banco y CLABE interbancaria               | SANTANDER       | 014690567288606071 |                                     |                                                |                                                                                  |                                               |
| R.F.C.: MOGM9509012MA                     |                 |                    |                                     |                                                |                                                                                  |                                               |

Cargo al Programa: Programa de salud en el Adulto y el Anciano H17650 Control y Tratamiento de la Obesidad y Riesgo cardiovascular.

| Lugar de adscripción de la persona comisionada |              |                | Lugar del encargo o comisión |              | Motivo del encargo o comisión |                                                                                                                                       | Medio de transporte | Período del encargo o comisión |                       |
|------------------------------------------------|--------------|----------------|------------------------------|--------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|
| País                                           | Estado       | Ciudad/Locidad | País                         | Estado       | Ciudad/Localidad              | Concepto de encargo                                                                                                                   | Medio de transporte | Salida (día/mes/año)           | Regreso (día/mes/año) |
| MEXICO                                         | QUINTANA ROO | CHETUMAL       | MEXICO                       | QUINTANA ROO | CAOBAS/OTON P. BLANCO         | SUPERVISIÓN DE EXPEDIENTES Y TARJETAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE REFERENCIA OPORTUNA A PACIENTES NO CONTROLADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES | TERRESTRE           | 24/07/2025 7:00                | 24/07/2025 19:00      |

Importe Ejercido por el Encargo o Comisión.

| 1/2 DIAS ZONA 1 (X) VIATICOS (X) |                                          | DIAS ZONA ( ) 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 |  |
| 37501                            | Hospedaje                                |                                                  |  |                                                    |  |
| 37501                            | Viáticos del País                        |                                                  |  |                                                    |  |
| 37201                            | Pasajes Terrestres Nacionales            |                                                  |  |                                                    |  |
| 37301                            | Pasajes marítimos, Lacustres y Fluviales |                                                  |  |                                                    |  |
| 39201                            | Impuestos y Derechos                     |                                                  |  |                                                    |  |
| Total de Comisión:               |                                          |                                                  |  | \$339.42                                           |  |

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                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/07/2025                                                                        | <a href="https://transparencia.gob.mx/comisionesabiertas-supervisar-los-protocolos-y-procesos-de-atencion-pacientes-que-viven-con-una-106">https://transparencia.gob.mx/comisionesabiertas-supervisar-los-protocolos-y-procesos-de-atencion-pacientes-que-viven-con-una-106</a> | <a href="https://transparencia.gob.mx/site/default/files/comisionesabiertas/2025-07/CAOBAS%20MIGUEL%20ANGE%20MORALES%2024%20DE%20JULIO.pdf">https://transparencia.gob.mx/site/default/files/comisionesabiertas/2025-07/CAOBAS%20MIGUEL%20ANGE%20MORALES%2024%20DE%20JULIO.pdf</a> | <a href="https://cloud.salud.gob.mx/index.php/s/nBkdx/KSA35tVZ2FtdIvewer">https://cloud.salud.gob.mx/index.php/s/nBkdx/KSA35tVZ2FtdIvewer</a> |

Comisionado(a)

Jefe Inmediato

Administradora Jurisdiccional de

JEFE JURISDICCIONAL N.1

C. MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ

MSP DIANA A. ORTEGA FUENTES

Lic. MARTHA VERONICA COCOM CERVANTES

DR. LINO ARONZO 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 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 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://mroa.ahb.mx/sesa>





ANEXO 4  
HOJA 1

Oficio de comisión No.419

ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS, HOSPEDAJES Y/O PASAJES  
(RECURSO FEDERAL)

| Ejercicio | Trimestre    | Tipo de plaza y número de empleado | Clave o nivel del puesto | Denominación del puesto | Denominación del cargo | Área de adscripción |
|-----------|--------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|
| 2025      | Julio- septi | CONTRATO 15925                     | EM03024                  | AUX. ADMVO.             | AUX. ADMVO.            | JS1 DENT            |

| Nombre completo de la persona comisionada |                 |                  | Denominación del encargo o comisión | Tipo de viaje (Nacional/ Internacional) |
|-------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre (s)                                | Primer apellido | Segundo apellido | SUPERVISIÓN DEL D.E.N.T             | NACIONAL                                |
| MIGUEL ANGEL                              | MORALES         | GONZALEZ         |                                     |                                         |
| R.F.C                                     | MOGM9509012MA   |                  |                                     |                                         |

| Lugar de adscripción de la persona comisionada |              |                           | Lugar del encargo o comisión |              |                         | Motivo del encargo o comisión                                                      |
|------------------------------------------------|--------------|---------------------------|------------------------------|--------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| País                                           | Estado       | Ciudad/ Localidad         | País                         | Estado       | Ciudad/ Localidad       | SE ACUDIO A REALIZAR SUPERVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES |
| México                                         | Quintana Roo | Chetumal/ Othón P. Blanco | México                       | Quintana Roo | CAOBAS/OTH ON P. BLANCO |                                                                                    |

| Medio de Transporte | Hospedaje |      | Periodo del Encargo o Comisión |                 | Viáticos a Otorgar |                   |                        |
|---------------------|-----------|------|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------------|
|                     |           |      |                                |                 | No. Dias Completos | No. Medio Día 50% | Viáticos paquete viaje |
| TERRESTRE           | SI        | NO X | (Día/Mes/Año y Hora)           | 24/07/2025 7:00 | 24/07/2025 19:00   | X                 |                        |

| Clave Presupuestal | Partida y Denominación de la Partida | Importe Asignado por Concepto de Gastos de Viáticos  |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 0117130-02-37501   | 37501                                | \$339.42                                             |
| Clave Presupuestal | Partida y Denominación de la Partida | Importe Asignado por Concepto de Gastos de Hospedaje |
|                    |                                      | \$                                                   |
| Clave Presupuestal | Partida y Denominación de la Partida | Importe Asignado por Concepto de Gastos de Pasaje    |
| (35)               |                                      | \$                                                   |
|                    | Total, a Ministrarse:                | \$                                                   |

| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 25/07/2025                                                                        | <a href="https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/comisiones-sabierias-supervisor-los-protocolos-y-procesos-de-atencion-pacientes-que-viven-con-una-106">https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/comisiones-sabierias-supervisor-los-protocolos-y-procesos-de-atencion-pacientes-que-viven-con-una-106</a> | <a href="https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/sites/default/files/comisiones-sabierias/2025-07/CAOBAS%20MIGUEL%20ANGE%20MORALES%20DE%20JULIO.pdf">https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/sites/default/files/comisiones-sabierias/2025-07/CAOBAS%20MIGUEL%20ANGE%20MORALES%20DE%20JULIO.pdf</a> |

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 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://info.cob.mx/sesa>



Salud  
Secretaría de Salud



SSA  
SECRETARÍA  
DE SALUD

SESA  
SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

Oficio de comisión No. 419

## ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS, HOSPEDAJES Y/O PASAJES (ANTICIPADO RECURSO FEDERAL)

HOJA 2

### DATOS DE CUENTAS DE CARGO Y ABONO

| CUENTA DE CARGO                   |                               |  | FUENTE DE FINANCIAMIENTO      |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| BANCO                             | NO.CTA/CLAVE<br>INTERBANCARIA |  |                               |
| BANORTE                           | 072690006697155548            |  | FASSA 2025                    |
| CUENTA DE CARGO                   |                               |  |                               |
| NUMERO DE CUENTA DEL COMISIONISTA |                               |  | NOMBRE DEL COMISIONISTA       |
| BANCO                             | NO.CTA/CLAVE<br>INTERBANCARIA |  |                               |
| SANTANDER                         | 014690567288606071            |  | MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ |

### AUTORIZACIÓN JEFE(A)

INMEDIATO DE LA

PERSONA

COMISIONADA

ADMINISTRADORA

JURISDICCIONAL N.1

JEFE DE LA JSN.1

M.A.M.G.

C. MIGUEL ANGEL  
MORALES GONZALEZ

MSP DIANA A.  
ORTEGA FUENTES

[Signature]

LIC. MARTHA VERONICA  
COCOM CERVANTES

[Signature]

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 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 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://tram.ansh.mx/sssa>





ANEXO 5

FORMATO DE OPERACIONES EFECTUADAS NO COMPROBABLES POR  
CONCEPTO DE VIÁTICOS

Chetumal, Quintana Roo, 25 día (s) del mes julio del 2025.

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

Lic. Martha Veronica Cocom Cervantes  
Administradora Jurisdiccional N.1  
PRESENTE

Atiende a lo dispuesto en el Artículo 38, tercer párrafo a los "LINEAMIENTOS PAR EL EJERCICIO, CONTROL Y COMPROBACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DESTINADO AL PAGO DE VIÁTICOS, PASAJES Y DEMAS EROGACIONES RELACIONADAS CON LAS COMISIONES OFICIALES AFECTUADAS POR LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 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 **\$339.42** (Trescientos treinta y nueve pesos 42/100 M.N.). Derivadas de la comisión que me fue encomendada, con motivo a Realizar acciones de supervisión por el departamento de enfermedades No transmisibles, que se llevó a cabo el 24 de julio, en la localidad de Caobas en los términos que se detallan a continuación.

| No. De Oficio de Comisión:419 |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| Monto Total Otorgado          | Monto Equivalente al 100% |
| \$339.42                      | \$339.42                  |

| Desglose de Operaciones Efectuadas No Comprobables por Concepto de Viáticos |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 24/07/2025                                                                  | Café y galletas(\$68),<br>Aguas (\$36), Comidas<br>(\$235.42) |
|                                                                             |                                                               |
|                                                                             |                                                               |
|                                                                             |                                                               |
|                                                                             | Sumatoria Total \$339.42                                      |

ATENTAMENTE

C. MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ

AUTORIZÓ

MSP DIANA ANGELICA ORTEGA FUENTES

RESPONSABLE DEL DENT

CONSTANCIA DE PERMANENCIA

SELLO, NOMBRE Y FIRMA

"Bajo propuesta de decir la verdad, manifiesto que la presente comprobación de Viáticos otorgados, se realizó tomando en consideración que en la zona rural denominada Caobas, ubicada en Municipio de Othón p Blanco no se localizaron establecimientos comerciales con expedición de comprobación fiscales digitales"

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 se descontado el importe correspondiente de mi sueldo en la quincena que aplique. Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, sal 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://www.ahh.mx/sesa>