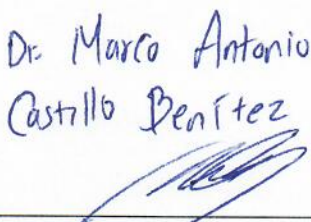


$\frac{1}{2}$



ANEXO 5

- NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:
- **Oficio de comisión No. 0105**

LOCALIDAD Y FECHA:	NOMBRE Y FIRMA	SELLO:
MAYA BALAM 01/08/2025	 Dra. Yazmin Delgado Blas	 SERVICIOS ESTATALES DE SALUD JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 CENTRO DE SALUD RURAL MAYABALAM QUINTANA ROO
ZAMORA 01/08/2025	 Dr. Marco Antonio Castillo Benítez	 SERVICIOS ESTATALES DE SALUD JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 CENTRO DE SALUD RURAL ZAMORA QUINTANA ROO
ALTOS DE SEVILLA 01/08/2025	 Dr. Noé Esteban Pineda V.	 SERVICIOS ESTATALES DE SALUD JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 CENTRO DE SALUD RURAL ALTOS DE SEVILLA QUINTANA ROO

"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 **MAYA BALAM, ZAMORA Y ALTOS DE SEVILLA** en el **municipio de BACALAR** 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 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>