



OFICIO DE VIÁTICOS PARA ACTIVIDADES OPERATIVAS

Dependencia: SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DE QUINTANA ROO
Dirección: JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
Área: COORDINACION DE SERVICIOS DE SALUD
Departamento: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
No. de Oficio: SES/DDG/JS1/CSS/DENT/511/VIII/2025
Expediente: 2025

ASUNTO: Comisión

Cd. Chetumal, Quintana Roo 25 de Agosto de 2025

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

C.D. NIDIA GPE. BARRERA LEÓN
RESPONSABLE DE SALUD BUCAL DE LA JS1
PRESENTE

Por medio de la presente me permito informarle que ha sido comisionado en la siguiente fecha: el 25 de Agosto del presente a la siguiente localidad: **Limonés**, del municipio de Bacalar, a la unidad de salud perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1, con la finalidad de realizar acciones de supervisión de los programas del departamento de enfermedades No transmisibles

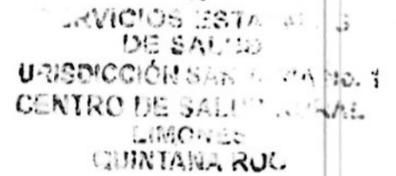
El traslado será en el vehículo oficial marca NISSAN, modelo NP300, número de placas TA-8022-M.

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



"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/DAOF/NGBL

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://aroo.ooh.mx/sesa>



ANEXO 3

Oficio de comisión No. 511

**ORDEN DE MINISTRACIÓN DE VIÁTICOS, HOSPEDAJE 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	Jul-Sep	CONTRATO 20142	EM01007	CIRUJANO DENTISTA	RESP. DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL	JS1 DENT

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
Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	REALIZAR ACCIONES DE SUPERVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	LOCAL	0	0
NIDIA GUADALUPE	BARRERA	LEÓN				
Banco y CLABE interbancaria		AZTECA 127180001461161403				
R.F.C: BALN811106A84						

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	Periodo del encargo o comisión	
País	Estado	Ciudad/Localidad	País	Estado	Ciudad/Localidad	SE ACUDE A LA COMUNIDAD DE LIMONES A REALIZAR SUPERVISIÓN DE EXPEDIENTES PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA	TERRESTRE	Salida (día/mes/año)	Regreso (día/mes/año)
MEXICO	QUINTANAROO	CHETUMAL/OTHON P. BLANCO	MEXICO	QUINTANAROO	LIMONES/BACALAR				

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	Importe de gastos no erogados derivados del encargo o comisión
37501	Hospedaje			
37501	Viáticos del País		\$339.42	
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
26/08/2025	https://transparenciafocalizada.groo.gob.mx/comisionesabiertas-acudir-la-unidad-de-salud-limones-con-la-finalidad-de-supervisar-protocolos-y-1	https://transparenciafocalizada.groo.gob.mx/sites/default/files/comisionesabiertas/2025-08/Anexo%205%20Limones%2025-08.pdf	https://cloud.salud.groo.gob.mx/index.php/s/nBkXlKSk3slypz#pdfviewer

Comisionado(a)

C.D. NIDIA GPE. BARRERA LEÓN

Jefe Inmediato

MSP DIANA A. ORTEGA FUENTES

Administradora Jurisdiccional de la Jsn1

Lic. MARTHA VERONICA COCOM CERVANTES

JEFE JURISDICCIONAL N.1

DR. LINO ALONZO GUZMÁN DOMÍNGUEZ

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://aroo.gob.mx/sesa>



ANEXO 4
HOJA 1

Oficio de comisión No.511

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	Jul-Sep	CONTRATO 20142	EM01007	CIRUJANO DENTISTA	RESP. DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL	JS1 DENT

Nombre completo de la persona comisionada			Denominación del encargado o comisión	Tipo de viaje (Nacional/ Internacional)
Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	REALIZAR ACCIONES DE SUPERVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	NACIONAL
NIDIA GUADALUPE	BARRERA	LEÓN		
R.F.C: BALN811106A84				

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 ACUDE A LA COMUNIDAD DE LIMONES A REALIZAR SUPERVISIÓN DE EXPEDIENTES PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA
México	Quintana Roo	Chetumal/ Othón P. Blanco	México	Quintana Roo	Limonas/Bacalar	

Medio de Transporte	Hospedaje		Periodo del Encargo o Comisión		Viáticos a Otorgar		
	SI	NO X	Salida (Día/Mes/Año y Hora)	Regreso (Día/Mes/Año y Hora)	No. Días Completos	No. Medio Día 50%	Viáticos paquete viaje
TERRESTRE	SI	NO X	25/08/2025 7:00	25/08/2025 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.
26/08/2025	https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/comisionesabiertas-acudir-la-unidad-de-salud-limonas-con-la-finalidad-de-supervisar-protocolos-y-1	https://transparenciafocalizada.qroo.gob.mx/sites/default/files/comisionesabiertas/2025-08/Anexo%205%20Limonas%2025-08.pdf

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://aroo.aoh.mx/sesa>



Oficio de comisión No. 511

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

HOJA 2

DATOS DE CUENTAS DE CARGO Y ABONO

CUENTA DE CARGO		
BANCO	NO.CTA/CLAVE INTERBANCARIA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
BANORTE	072690006697155548	FASSA 2025
CUENTA DE CARGO NUMERO DE CUENTA DEL COMISIONISTA		
BANCO	NO.CTA/CLAVE INTERBANCARIA	NOMBRE DEL COMISIONISTA
AZTECA	127180001461161403	NIDIA GUADALUPE BARRERA LEÓN

PERSONA
COMISIONADA

C.D. NIDIA GUADALUPE
BARRERA LEÓN

AUTORIZACIÓN JEFE(A)
INMEDIATO DE LA
PERSONA
COMISIONADA

MSP DIANA A.
ORTEGA FUENTES

ADMINISTRADORA
JURISDICCIONAL N.1

LIC. MARTHA VERONICA
COCOM CERVANTES

JEFE DE LA JSN.1

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://aroo.aoh.mx/sesa>



ANEXO 5

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

Chetumal, Quintana Roo, 26 día (s) del mes Agosto 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 25 de Agosto, en la localidad de Limones, en los términos que se detallan a continuación.

No. De Oficio de Comisión:511	
Monto Total Otorgado	Monto Equivalente al 100%
\$339.42	\$339.42

Desglose de Operaciones Efectuadas No Comprobables por Concepto de Viáticos		
25/08/2025	Café y galletas(\$45), Aguas (\$47), Comidas (\$247.42)	\$339.42
Sumatoria Total		\$339.42

ATENTAMENTE

AUTORIZÓ

CONSTANCIA DE PERMANENCIA

C.D. **NIDIA GUADALUPE BARRERA LEÓN**
RESPONSABLE SALUD BUCAL

MSP **DIANA ANGELICA ORTEGA FUENTES**
RESPONSABLE DEL DENT

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 **Limones**, ubicada en **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 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://aroo.aob.mx/sesa>



ANEXO 5

NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:
Oficio de comisión No. 511

LOCALIDAD Y FECHA:	NOMBRE Y FIRMA	
<p>LIMONES 25/08/2025</p>	<p><i>Manuel Felipe Mejía Arce</i></p>	 SERVICIOS ESTATALES DE SALUD JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 CENTRO DE SALUD RURAL LIMONES 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 **Limones**, ubicada en **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 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://aroo.aob.mx/sesa>