

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 Verónica 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 DEMÁS 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 22 de Agosto, en la localidad de Manuel Crescencio Rejón en los términos que se detallan a continuación.

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| No. De Oficio de Comisión:506 |          |
| Monto Total Otorgado          | \$339.42 |
| Monto Equivalente al 100%     | \$339.42 |

|                                                                             |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Desglose de Operaciones Efectuadas No Comprobables por Concepto de Viáticos |                                                            |
| 22/08/2025                                                                  | Café y galletas(\$68),<br>Aguas (\$36), Comidas (\$235.42) |
|                                                                             | \$339.42                                                   |
|                                                                             |                                                            |
|                                                                             |                                                            |
|                                                                             |                                                            |
|                                                                             | Sumatoria Total \$339.42                                   |

ATENTAMENTE  
AUTORIZO  
CONSTANCIA DE PERMANENCIA

C. MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ  
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 Manuel C. Rejón, 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 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.



Secretaría de Salud



SECRETARÍA DE SALUD

SSA  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

ANEXO 5

NÚM DE OFICIO DE LA ORDEN DE ADMINISTRACIÓN:  
Oficio de comisión No. 506

| LOCALIDAD Y FECHA:                       | NOMBRE Y FIRMA                        | SELLO:                                                                                                                               |
|------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MANUEL CRESCENCIO<br>REJON<br>22/08/2025 | <br>Dr. Marco Antonio<br>Curi Cordero | <br>SERVICIOS ESTATALES DE SALUD<br>JURISDICCION SANITARIA No. 1<br>CENTRO DE SALUD RURAL<br>MANUEL CRESCENCIO REJON<br>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 Manuel C. Rejón, 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 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://www.gob.mx/sesa>