





Oficio No. CNPEVM/654-3/2018 Ciudad de México, a 31 de mayo de 2018

CONTADOR PÚBLICO CARLOS MANUEL JOAQUÍN GONZÁLEZ GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE QUINTANA ROO PRESENTE

Muy distinguido señor Gobernador:

Hago referencia al oficio SES/DSS/SPPS/DEGSR/00913/2018 mediante el que el Gobierno del Estado de Quintana Roo remitió a esta Comisión Nacional la solicitud de acceso al subsidio federal por un monto de \$3'236,400.00 (tres millones doscientos treinta y seis mil cuatrocientos pesos 00/100 M.N.), para el proyecto relativo a las acciones de colaboración para las Declaratorias de Alerta de Violencia Género contra las Mujeres en Estados y Municipios.

Al respecto, me permito hacer de su conocimiento que el 25 de mayo de 2018 sesionó el Comité de Evaluación de Proyectos con motivo de dictaminar las propuestas que fueron enviadas por las entidades federativas, de conformidad con el numeral noveno de los Lineamientos para la obtención y aplicación de recursos destinados a las acciones de coadyuvancia para las Declaratorias de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en Estados y Municipios, para el Ejercicio Fiscal 2018 (Lineamientos).

Como resultado de dicha sesión y con fundamento en el numeral décimo segundo de los Lineamientos, notifico a Usted que el proyecto denominado "Fortalecimiento: Intervención para Agresores de Violencia de Pareja", fue declarado no favorable para la ministración de los subsidios debido a falta de viabilidad técnica y estratégica, así como a la proporcionalidad entre los productos esperados en relación con al costo del proyecto.

Esta Comisión Nacional reconoce el compromiso asumido por las autoridades estatales para combatir las desigualdades de género en contra de las mujeres en la entidad, por lo que le reitero nuestra disposición para continuar con la creación de vínculos de cooperación y colaboración en materia de prevención de la violencia contra las mujeres.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

DOCTORA ÁNGELA QUIROGA QUIROGA COMISIONADA NACIONAL

M.S.P. Alejandra Aguirre Crespo. Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios Estatales de Salud del estado de Quintana Roo. Presente.

Psic. Margery Sugey Beltrán Colonia. Jefa de departamento de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. Secretaria de Salud de Quintana Roo. Presente.

MIST/ETGG/CLAC

ORREOS **E MÉXICO** EE94089936 5MX loop-09-046 E (SENDER) Angela Quivoga Quivoga Comisionada Nacional Contrato / ID

OFICINA ORIGEN OFICINA DESTINO

DESTINATARIO (ADDRESSE)

Ciudad / CITY Estado

País / COUNTRY

Versalles #49, pioo 3, Col Juávez

Del. Crauntémoc, C.P. 06600

WEIGHT

COMX nico / Email STACT NUMBER

P. Carlos Hanvel Joaquin González.

BANE Gobernador Quintana ROD

Nombre / NAME Calle No. Ext. e Int / ADDRESS Av. 22 de enero, #201, C.P. / CODE POSTAL Colonia /

Palacio de Gobierno, 2 do p i30,

col. Centro, C.P.77000

Mensajero, clave y firma

NAME AND SIGNATURE

Correo Electrónico / Email Teléfono / CONTACT NUMBER Quintana Roo ENTREGA (DELIVERY INFORMATION) DATOS DEL ENVÍO/ACCEPTANCE INFORMATION

CIONES (CUSTOM DECLARATIONS) **ITENTS**

QUANTITY

Documentos adiuntos / DOC ATTACHED:

Mercancías en devolución Factura Muestras Regalos INVOICE RET. GOODS SAMPLES Peso (Kg) Cantidad Valor ontenido /

VALUE

Certificado de Origen CERTIFICATE OF ORIGIN Código Armon

HS

Licencia LICENSE País de Origen COUNTRY OF ORIGIN

Peso Volumetrico Dimensiones

Embalaie /

Subtotal /

IVA / TAX Total / TOTAL

Fleie / Acuse de recibo / Forma de pago /

Peso Kg / WEIGHT Kg

Porte / POSTAL FEES

Seguro / INSURANCE No. de Factura / INVOICE

1er aviso fecha

Ventanilla fecha

Fecha y hora de entrega / DELIVERY DATE AND TIME

Referencias en entregas

2do aviso fecha

RIPTION OF EACH PIECE

información dada en la presente declaración de aduana es exacta y que este envío no contiene ningún objeto ibido por la legislación o por la reglamentación postal o aduanera. (I certify that the particulars given in this custom correct and that this item does not contain any dangerous article or articles prohibited by legislation or by postal or

na del remitente / SENDER Oficina de Origen / ACCEPTANCE OFFICE Fecha y hora de depósito / DATE AND TIME Elaboró (Nombre y firma del empleado)

Total

Instrucciones



Nombre y firma de la persona que recibe / PERSON



EE94089936 5MX

de C.V., TELS.: 5699 5575, 5699 5524

N No. 468 COSMOPOLITA MÉXICO, D.F.

NO RECLAMADA (TÉRMINO DE LEY). REHUSADA POR EL INTERESADO.

CAMBIO DE DOMICILIO.

Causal de devolución DOMICILIO INSUFICIENTE. DESCONOCIDO EN EL DOMICILIO