



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## ACTIVIDADES DE SUPERVISION

### Datos Generales

**Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 1

**Tipo de servidor publico**

No titular

**Tipo de responsable del gasto**

Comisión con gasto mixto

**Ejercicio**

2019

**Periodo que se reporta**

septiembre

**Tipo de viaje**

Local

### Datos de la comisión

**País de origen**

México

**Estado de origen**

Quintana Roo

**Ciudad de origen**

Chetumal

**Municipio de origen**

Othón P. Blanco

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

COCOYOL, CACAO, ROVIROSA, SABIDOS, ALLENDE, RAMONAL, PALMAR, SACXAN, UCUM

**Motivo del encargo o comisión**

ACTIVIDADES DE SUPERVISION

**Fecha de salida**

09/17/2019 - 06:30

**Fecha de regreso**

10/01/2019 - 06:00

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida de pasaje terrestre**

3500.00

**Gasto total en pasaje (aéreo + terrestre)**

3500.00

**Viáticos comprobados**

3500.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

3500.00

**Recurso económico**

Federal

**Importe total erogado con motivo del encargo o comisión**

3500.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

Me traslade a las localidades antes mencionadas, para realizar la supervisión a las actividades de aplicación de larviciadas, la búsqueda de febriles y a todos los vigilantes

**Resultados obtenidos**

Se lograron obtener los resultados esperados en cada una de las diversas actividades realizadas.

**Contribuciones**

se realizaron todas las observaciones y recomendaciones, para que el trabajo desempañado se realice de la mejor manera y así se tenga un trabajo conforme a lo requerido en las normas.

**Conclusiones**

Se pudieron llevar a cabo las metas planeadas en cuanto a cada una de las actividades desempeñadas.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2019-10-09

**Área(s) o unidad(es) administrativas que genera(n) o posee(n) la información**

DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NUMERO 1

**Importe total de la comisión**

3500.00

COMISIONADO  
(Nombre y firma)

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE INFORME SON VERDADEROS, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN ANEXA QUE REÚNE LOS REQUISITOS FISCALES EFECTIVAMENTE EXPEDIDA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIO Y QUE ESTOS CORRESPONDEN A LOS CONCEPTOS DE GASTOS AUTORIZADOS EN LOS LINEAMIENTOS PARA REGULAR EL OTORGAMIENTO DE VIÁTICOS Y PASAJES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRAL Y PARAESTATAL DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.