



**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**

2020

**Periodo que se reporta**

octubre

**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**

BACALAR, MAHAHUAL, BUENAVISTA, CAANLUMIL, LIMONES

**Motivo del encargo o comisión**

ACTIVIDADES DE SUPERVISION

**Fecha de salida**

10/01/2020 - 06:00

**Fecha de regreso**

10/16/2020 - 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**

ACTIVIDADES DE SUPERVISION EN LAS LOCALIDADES ANTES MENCIONADAS

**Resultados obtenidos**

ACTIVIDADES DE SUPERVISION EN LAS LOCALIDADES ANTES MENCIONADO SE CUMPLIR CON EL PLAN DE TRABAJO REALIZADO

**Contribuciones**

SE REALIZARON LAS OBSERVACIONES Y MODIFICACIONES AL COORDINADOR, ASI COMO A LOS JEFES DE BRIGADA, PARA LA CORRECCION Y ORIENTACION EN LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN

**Conclusiones**

SE LOGRO LLEVAR A CABO EL PLAN DE TRABAJO ESTABLECIDO, PARA LA MEJORA DEL PROGRAMA, CON EL FIN DE CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL DISTRITO.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2020-10-29

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

DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA JURISDICCION 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.