



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

## SUPERVISION DE SALUD MATERNA

### Datos Generales

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

#### **Tipo de servidor publico**

No titular

#### **Tipo de responsable del gasto**

Comisión costeadada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2022

#### **Periodo que se reporta**

julio

#### **Tipo de viaje**

Local

#### **Número de personas acompañantes**

0

#### **Importe ejercido por el total de acompañantes**

0.00

### Datos de la comisión

#### **País de origen**

México

#### **Estado de origen**

Quintana Roo

#### **Ciudad de origen**

Felipe Carrillo Puerto

#### **Municipio de origen**

Felipe Carrillo Puerto

#### **País de destino**

México

## Estado de destino

Quintana Roo

## Ciudad de destino

SABAN

## Motivo del encargo o comisión

SUPERVISION DE SALUD MATERNA

## Fecha de salida

07/22/2022 - 07:00

## Fecha de regreso

07/22/2022 - 19:00

## Datos de la partida

### Viáticos comprobados

1.00

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

150.00

### Recurso económico

Federal

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

150.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

SE ACUDIO A LA COMUNIDAD DE SABAN A REALIZAR UNA SUPERVISION DONDE SE CHECARON TARJETEROS, EXPEDIENTES Y QUE COTEGEN LO REPORTADO POR LAS UNIDADES MEDICAS, ASI MISMO LA ESTRUCTURA DE LOS EXPEDIENTES

### Resultados obtenidos

SE REALIZARON LAS OBSERVACIONES DE LOS EXPEDIENTES DE LOS DETALLES ENCONTRADOS.

### Contribuciones

MEJORA DE ESTRUCTURA DE EXPEDIENTES ACOMODO Y ORGANIZACION DE LA ESTRUCTURA DE ACUERDO A LOS MANUALES DE SUPERVISION.

### Conclusiones

SE CUMPLIO CON EL OBJETIVO ESTABLECIDO.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

julio - septiembre

### Fecha de validación de la información

2022-07-25

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

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

**Importe total de la comisión**

150.00

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.