



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **REVISAR AVANCES DEL PLAN DE TRABAJO PARA CERTIFICAR COMUNIDADES SALUDABLES Y HACER GESTIONES PROGRAMADAS.**

## 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**

2023

### **Periodo que se reporta**

agosto

### **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**

JOSE MARIA MORELOS

**Motivo del encargo o comisión**

REVISAR AVANCES DEL PLAN DE TRABAJO PARA CERTIFICAR COMUNIDADES SALUDABLES Y HACER GESTIONES PROGRAMADAS.

**Fecha de salida**

08/16/2023 - 20:00

**Fecha de regreso**

08/17/2023 - 08:00

**Datos de la partida**

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

300.00

**Recurso económico**

Estatal

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

300.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SE REVISIA INFORME DE ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL PLAN TRABAJO ASI COMO LAS EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS CON LAS QUE CUENTAN

**Resultados obtenidos**

SE REALIZAN ALGUNAS OBSERVACIONES Y SE LES PIDE MODIFICAR SU REPORTE PARA ANEXAR EVIDENCIAS QUE SEAN ACORDE A LO REALIZADO

**Contribuciones**

DAR ASESORIA PARA LA CORRECTA REALIZACION DE LOS INFORMES

**Conclusiones**

MANTENER LA COORDINACION PARA REALIZAR LAS ACCIONES PROGRAMADAS

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2023-08-18

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

Coordinación de administración

**Importe total de la comisión**

300.00

**Nombre completo**

SONIA MARLENY LORIA CATZIN

**Cargo**

RESPONSABLE DEL PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD

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.