# RECIBIR Y VALIDAR INFORMACION (SIS-SINBA) DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL.

## Datos Generales

**Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

**Tipo de servidor publico**

No titular

**Tipo de responsable del gasto**

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio**

2023

**Periodo que se reporta**

octubre

**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**

RECIBIR Y VALIDAR INFORMACION (SIS-SINBA) DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL.

**Fecha de salida**

10/09/2023 - 07:00

**Fecha de regreso**

10/10/2023 - 07:00

## Datos de la partida

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

300.00

**Recurso económico**

Federal

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

300.00

**Importe total no erogado**

0.00

## Reportes

**Actividades realizadas**

SE ACUDE A RECIBIR Y VALIDAR INFORMACION DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

**Resultados obtenidos**

SE RECIBE Y VALIDA INFORMACION DEL SIS - SINBA DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL A LAS UNIDADES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE JOSE MARIA MORELOS.

**Contribuciones**

SE RECIBE Y VALIDA INFORMACION DEL SIS - SINBA DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL A LAS UNIDADES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE JOSE MARIA MORELOS.

**Conclusiones**

SE LOGRA CON EXITO LA COMISION ENCOMENDADA.

## Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2023-10-10

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

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION.

**Importe total de la comisión**

300.00

**Nombre completo**

ADRIANA BEATRIZ XIU COLLI

**Cargo**

RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

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.