



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA**

## **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**

octubre

### **Tipo de viaje**

Local

## **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

SABANA SAN FRANCISCO

### Motivo del encargo o comisión

ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA

### Fecha de salida

10/19/2023 - 07:30

### Fecha de regreso

10/19/2023 - 18:00

## 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

ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA

### Resultados obtenidos

ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA

### Contribuciones

ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA

### Conclusiones

ACUDIR PARA LA APLICACION DE ESQUEMAS DEL PROGRAMA PERMANENTE Y APLICACION DE INFLUENZA

## Datos de la información

### Periodo de actualización

octubre - diciembre

### Fecha de validación de la información

2023-10-31

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

AREA ADMINISTRATIVA DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 3

### Importe total de la comisión

150.00

**Nombre completo**

LE. GERMANY MELITON MATEOS DOMINGUEZ

**Cargo**

VACUNADOR DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

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.