



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL**

## 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**

TIXCACAL GUARDIA

**Motivo del encargo o comisión**

SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

**Fecha de salida**

10/12/2023 - 07:00

**Fecha de regreso**

10/13/2023 - 07:00

**Datos de la partida**

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

100.00

**Recurso económico**

Federal

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

100.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

**Resultados obtenidos**

SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

**Contribuciones**

SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

**Conclusiones**

SUPERVISAR A LA UNIDAD MEDICA POR LA ACREDITACION EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE VACUNACION UNIVERSAL

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2023-10-16

**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**

100.00

**Nombre completo**

Claudia Yesenia Gómez Poot

**Cargo**

Enfermera de brigada

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.