



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **REUNIÓN CON LA COMUNIDAD PARA DAR INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES**

## **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 CARRILO PUERTO

### **Municipio de origen**

Felipe Carrillo Puerto

### **País de destino**

México

## Estado de destino

Quintana Roo

## Ciudad de destino

SAN RAMON

## Motivo del encargo o comisión

REUNIÓN CON LA COMUNIDAD PARA DAR INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

## Fecha de salida

10/25/2023 - 07:00

## Fecha de regreso

10/26/2023 - 07:00

## Datos de la partida

### Viáticos ministrados

1.00

### Viáticos comprobados

1.00

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

100.00

### Recurso económico

Estatat

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

100.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

ACUDIR A LA COMUNIDAD PARA UNA REUNIÓN CON LOS HABITANTES PARA BRINDAR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS CRITERIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES.

### Resultados obtenidos

SE OBTIENEN RESULTADOS POSITIVOS DE LA REUNIÓN.

### Contribuciones

SE BRINDO INFORMACIÓN ÚTIL A LA POBLACIÓN SOBRE EL PROCESO QUE SE DEBE TOMAR PARA FORMAR PARTE DEL PROGRAMA.

### Conclusiones

SE CONCLUYE REUNIÓN DE FORMA EXITOSA Y SE OBTIENEN RESULTADOS FAVORABLES.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

octubre - diciembre

### Fecha de validación de la información

2023-10-26

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

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

**Importe total de la comisión**

100.00

**Nombre completo**

GERARDO ROMAN CANUL SANTOS

**Cargo**

PROMOTOR 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.