



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **RECIBIR Y VALIDAR INFORMACION SIS-SIMBA 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 costeadada por el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2023

### **Periodo que se reporta**

noviembre

### **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-SIMBA DEL PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL.

## Fecha de salida

11/09/2023 - 07:00

## Fecha de regreso

11/10/2023 - 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 ARECIBIR Y VALIDAR INFORMACION SIS-SIMBA DEL PROGRAMA DESALUD MATERNA Y PERINATAL.

### Resultados obtenidos

SE RESIBE Y SE BALIDA INFORMACION DEL SIS-SIMBA DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL MUNICIPIO DE JOSE MARIA MORELOS.

### Contribuciones

SE RESIBE Y SE BALIDA INFORMACION DEL SIS-SIMBA DE LAS UNIDADES MEDICAS DEL MUNICIPIO DE JOSE MARIA MORELOS.

### Conclusiones

SE LOGRO CON EXITO LA COMISION ENCOMENDADA.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

octubre - diciembre

### Fecha de validación de la información

2023-11-10

### 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.