



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **ENTREGA Y RECEPCION DE DOCUMENTOS PARA LA DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

## 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**

diciembre

### **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**

PUERTO MORELOS

### **Municipio de origen**

Puerto Morelos

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

CHETUMAL, QUINTANA ROO

**Motivo del encargo o comisión**

ENTREGA Y RECEPCION DE DOCUMENTOS PARA LA DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

**Fecha de salida**

01/11/2024 - 16:48

**Fecha de regreso**

01/11/2024 - 16:48

Datos de la partida

**Gasto total en pasaje (aéreo + terrestre)**

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Viáticos ministrados**

4.00

**Viáticos comprobados**

4.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

3840.00

**Recurso económico**

Estatal

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

Reportes

**Actividades realizadas**

ME PERMITO INFORMAR QUE SE CUMPLIO CON LA COMISION CONFERIDA EN TIEMPO Y FECHA ACORDADOS

**Resultados obtenidos**

ME PERMITO INFORMAR QUE SE CUMPLIO CON LA COMISION CONFERIDA EN TIEMPO Y FECHA ACORDADOS

**Contribuciones**

ME PERMITO INFORMAR QUE SE CUMPLIO CON LA COMISION CONFERIDA EN TIEMPO Y FECHA ACORDADOS

**Conclusiones**

ME PERMITO INFORMAR QUE SE CUMPLIO CON LA COMISION CONFERIDA EN TIEMPO Y FECHA ACORDADOS

Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2024-01-11

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

COORDINACION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS ZONA NORTE

**Importe total de la comisión**

3840.00

**Nombre completo**

FAVIOLA YOLANDA CAMPOS EUAN

**Cargo**

TEC. EN VERIF. DICT. O SANEAMIENTO BASICO "A"

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.