



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# acudir a la comunidad de tihosuco para entrega de oficios y supervisión del Programa de Salud Bucal

## 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

2024

### Periodo que se reporta

marzo

### 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

TIHOSUCO

## Motivo del encargo o comisión

acudir a la comunidad de tihosuco para entrega de oficios y supervisión del Programa de Salud Bucal

## Fecha de salida

03/26/2024 - 08:00

## Fecha de regreso

03/26/2024 - 20:00

## Datos de la partida

### Viáticos ministrados

1.00

### Viáticos comprobados

1.00

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

50.00

### Recurso económico

Estatal

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

50.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

Se realizó entrega de insumos y supervisión del Programa de Salud Bucal

### Resultados obtenidos

Se realizó entrega de insumos y supervisión del Programa de Salud Bucal

### Contribuciones

Se realizó entrega de insumos y supervisión del Programa de Salud Bucal

### Conclusiones

Se realizó entrega de insumos y supervisión del Programa de Salud Bucal. actividad realizada con éxito.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

enero - marzo

### Fecha de validación de la información

2024-03-27

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

Administrativa

**Importe total de la comisión**

50.00

**Nombre completo**

JESUS ARNULFO OVANDO OLEA

**Cargo**

Responsable del Programa de Salud Bucal

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.