

# TRASLADO DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRATIVO A LAS OFICINAS CENTRALES DE LA SECRETARIA DE SALUD.

# **Datos Generales**

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio** 

2024

Periodo que se reporta

abril

Tipo de viaje

Local

Número de personas acompañantes

U

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

Chetumal

Municipio de origen

Solidaridad

#### País de destino

México

#### Estado de destino

Ouintana Roo

#### Ciudad de destino

Chetumal

#### Motivo del encargo o comisión

TRASLADO DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRATIVO A LAS OFICINAS CENTRALES DE LA SECRETARIA DE SALUD.

#### Fecha de salida

04/12/2024 - 06:00

### Fecha de regreso

04/13/2024 - 06:00

# Datos de la partida

## Importe ejercido por partida de viáticos

0.00

#### Recurso económico

Estatal

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

0.00

#### Importe total no erogado

0.00

# Reportes

#### Actividades realizadas

TRASLADO DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRATIVO A LAS OFICINAS CENTRALES DE LA SECRETARIA DE SALUD.

#### **Resultados obtenidos**

SE TRASLADO AL PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRATIVO A LAS OFICINA CENTRALES DELA SECRETARIA DE SALUD A LA CIUDAD DE CHETUMAL EN TIEMPO Y FORMA

#### **Contribuciones**

MANEJE A LA CIUDAD DE CHETUMAL, Q. ROO CON RUMBO A LAS OFICINAS CENTRALES DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA EL TRASLADO DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ADMINISTRATIVO.

#### **Conclusiones**

SE LOGRO LA COMISION

# Datos de la información

#### Periodo de actualización

abril - junio

#### Fecha de validación de la información

2024-04-15

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

Recursos Financieros

Importe total de la comisión 870.00 Nombre completo MIGUEL ANGEL ALFARO ARRIETA

**Cargo** CHOFER

# 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.