



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## **CAPACITACION DE AFILIACIÓN AL IMSS-BIENESTAR**

### **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**

abril

**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**

chetumal

**Motivo del encargo o comisión**

Capacitación

**Fecha de salida**

04/25/2024 - 09:00

**Fecha de regreso**

04/25/2024 - 18:00

**Datos de la partida**

**Viáticos ministrados**

1.00

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

500.00

**Recurso económico**

Estatad

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

500.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

TRASLADARSE A LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL ONCOLOGICO DE CHETUMAL EL DÍA 25 DE ABRIL A LAS 11:00 HRS PARA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN SOBRE LA AFILIACIÓN DE PACIENTES AL IMSS-BIENESTAR.

**Resultados obtenidos**

UN NUEVO PANORAMA YA QUE NOS INDICARON EL PROCESO DE AFILIACIÓN Y CREDENCIALIZACIÓN DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE IMSS BIENESTAR.

**Contribuciones**

SE BRINDA TOTAL ATENCIÓN A LA CAPACITACIÓN.

**Conclusiones**

SE CULMINA CON EL CURSO Y PROCEDE A RETORNAR.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

abril - junio

**Fecha de validación de la información**

2024-04-29

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

DEPTO.DE REC-FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DE FELIPE CARRILLO PUERTO

**Importe total de la comisión**

500.00

**Nombre completo**

GASPAR ANTONIO PEREIRA SANCHEZ

**Cargo**

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE FCP

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.