



**SABGOB**  
**SECRETARÍA**  
**ANTICORRUPCIÓN**  
**Y BUEN GOBIERNO**

## **LENY MARLENY PECH MOO sep2**

### Datos Generales

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

#### **Tipo de servidor publico**

No titular

#### **Tipo de responsable del gasto**

Comisión costeadada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2024

#### **Periodo que se reporta**

septiembre

#### **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**

Cancun

#### **Municipio de origen**

Benito Juárez

#### **País de destino**

México

## Estado de destino

Quintana Roo

### Ciudad de destino

playa del carmen

### Motivo del encargo o comisión

realizar trabajos de búsqueda y vigilancia epidemiologica a personas con síntomas de paludismo

### Fecha de salida

09/09/2024 - 08:00

### Fecha de regreso

09/14/2024 - 08:00

## Datos de la partida

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

0.00

### Hospedaje

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

1750.00

### Recurso económico

Estatal

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

1750.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

vigilancia epidemiologica

### Resultados obtenidos

se pesquisaron las obras del tren maya

### Contribuciones

se tomo muestras de sangre a las personas con cuadro clinico febril

### Conclusiones

se visitaron centros de trabajo donde se concentra una gran cantidad de trabajadores provenientes de zonas endemicas al paludismo

## Datos de la información

### Periodo de actualización

julio - septiembre

### Fecha de validación de la información

2024-09-17

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

departamento de recursos financieros

### Nota

nada

**Importe total de la comisión**

1750.00

**Nombre completo**

leny marleny pech moo

**Cargo**

TECNICO EN SALUD

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.