



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

# ENTREGA DE INFORMACION MENSUAL EN SECRETARIA DE SALUD Y BENEFICENCIA PUBLICA EN LA CIUDAD DE CHETUMAL

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 2

### Tipo de servidor publico

Titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión sin gasto para el sujeto obligado

### Ejercicio

2024

### Periodo que se reporta

septiembre

### Tipo de viaje

Nacional

### 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

Chetumal

### Municipio de origen

Isla Mujeres

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

CHETUMAL

**Motivo del encargo o comisión**

ENTREGA DE INFORMACION MENSUAL EN SECRETARIA DE SALUD Y BENEFICENCIA PUBLICA EN LA CUIDAD DE CHETUMAL

**Fecha de salida**

09/02/2024 - 22:30

**Fecha de regreso**

09/04/2024 - 22:30

**Datos de la partida**

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

0.00

**Hospedaje**

1600.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Viáticos en el país**

En caso de que se haya seleccionado la partida 3751 VIÁTICOS EN EL PAÍS, proporcione los siguientes datos:

**Alimentación**

0.00

**Arrendamiento de Vehículos**

0.00

**Recurso económico**

Federal

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

1600.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SE VIAJA A ENTREGAR INFORMACION MENSUAL EN SECRETARIA DE SALUD Y BENEFICENCIA PUBLICA EN LA CUIDAD DE CHETUMAL

**Resultados obtenidos**

SE HACE ENTREGA DE LA DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO EN LA SECRETARIA DE SALUD Y BENEFICENCIA PUBLICS

**Contribuciones**

SE ENTREGA LA INFORMACION SIN CONTRATIEMPOS

**Conclusiones**

SE CONCLUYE LA ENTREGA DE INFORMACION SATISFACTORIAMENTE

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2024-09-05

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

HOSPITAL INTEGRAL ISLA MUJERES

**Importe total de la comisión**

1600.00

**Nombre completo**

CARLOS MANUEL GAMBOA ORTIZ

**Cargo**

ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL INTEGRAL ISLA MUJERES

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.