



SABGOB
SECRETARÍA
ANTICORRUPCIÓN
Y BUEN GOBIERNO

SUPERVISION DE SINOS

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

2018

Periodo que se reporta

mayo

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, QUINTANA ROO

Municipio de origen

Felipe Carrillo Puerto

País de destino

México

Estado de destino

Quintana Roo

Ciudad de destino

SABAN

Motivo del encargo o comisión

SE ACUDE A LA COMUNIDAD DE SABAN, PARA REALIZAR SUPERVISION DEL SISTEMA NOMINAL

Fecha de salida

05/17/2018 - 07:00

Fecha de regreso

05/17/2018 - 20:00

Datos de la partida**Gasto total en pasaje (aéreo + terrestre)**

0.00

Hospedaje

0.00

Viáticos comprobados

150.00

Viáticos no comprobables

0.00

Importe ejercido por partida de viáticos

150.00

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

150.00

Importe total no erogado

0.00

Reportes**Actividades realizadas**

SE VIAJA A LA UNIDAD MEDICA DE SABAN PARA REALIZAR SUPERVISION DEL SISTEMA NOMINAL EN SALUD E INSAPRO DEL COMPONENTE DE SALUD PROSPERA.

Resultados obtenidos

REALIZAR LAS CERTIFICACION DE CORRESPONSABILIDADES DE LOS BENEFICIARIOS PROSPERA

Contribuciones

OPTIMIZAR LOS TIEMPOS Y UNA MEJOR ATENCION A LOS BENEFIRIARIOS POR MEDIO DE LOS SISTEMAS SINOS E INSAPRO

Conclusiones

SE CUMPLIO CON EXITO LA COMICION.

Datos de la información**Periodo de actualización**

abril - junio

Fecha de validación de la información

2018-06-05

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

DEPARTAMENTO DE PROSPERA JURISDICCION SANITARIA NUMERO 03

Importe total de la comisión

150.00

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.