



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

# REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHOLERA NO 01

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 3

### Tipo de servidor publico

No titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

### Ejercicio

2024

### Periodo que se reporta

noviembre

### 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**

X-CABIL

**Motivo del encargo o comisión**

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHROLERAЕ NO O1

**Fecha de salida**

11/11/2024 - 08:00

**Fecha de regreso**

11/11/2024 - 20:00

Datos de la partida

**Viáticos ministrados**

1.00

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

217.14

**Recurso económico**

Estatal

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

217.14

**Importe total no erogado**

217.14

Reportes

**Actividades realizadas**

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHROLERAЕ NO O1

**Resultados obtenidos**

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHROLERAЕ NO O1

**Contribuciones**

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHROLERAЕ NO O1

**Conclusiones**

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACIÓN DE CASO CON AISLAMIENTO DE V. CHROLERAЕ NO O1

Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2024-11-13

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

AREA ADMINISTRATIVA

**Importe total de la comisión**

217.14

**Nombre completo**

DAYANNE LISSET CACH MAY

**Cargo**

SOPORTE ADMINISTRATIVO

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.