# REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE 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**

QUINTANAROO

**Ciudad de origen**

FELIPE CARRILLO PUERTO

**Municipio de origen**

Felipe Carrillo Puerto

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

COMUNIDAD RURAL NUEVO ISRAEL

**Motivo del encargo o comisión**

REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE NO 01

**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**

0.00

## Reportes

**Actividades realizadas**

REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE NO 01

**Resultados obtenidos**

REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE NO 01

**Contribuciones**

REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE NO 01

**Conclusiones**

REALIZAR ACTIVIDADES DE VISITA DOMICILIARIA PARA INVESTIGACION DE CASO POR AISLAMIENTO DE V. CHOLERAE NO 01

## Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2024-11-14

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

ADMINISTRATIVA

**Importe total de la comisión**

217.14

**Nombre completo**

DANIEL ALBERTO RAMIREZ SALGADO

**Cargo**

ENCARGADO DE LA COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA JURISDICCION SANITARIA N°3

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.