



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **REALIZAR SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES**

## 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**

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**

CANDELARIA

**Motivo del encargo o comisión**

REALIZAR SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

**Fecha de salida**

11/15/2024 - 07:00

**Fecha de regreso**

11/15/2024 - 19:00

Datos de la partida

**Viáticos ministrados**

1.00

**Viáticos comprobados**

1.00

**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 SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

**Resultados obtenidos**

REALIZAR SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

**Contribuciones**

REALIZAR SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

**Conclusiones**

REALIZAR SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN EL COMPONENTE DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2024-11-15

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

área administrativa

**Importe total de la comisión**

217.14

**Nombre completo**

Geisel Francisco Rocha Noh

**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.