



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# Participar en la “Primera Jornada de Cirugías de Labio y Paladar Hendido ” para la toma de signos vitales a los pacientes

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia

### 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

Chetumal

### Municipio de origen

Othón P. Blanco

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

Cancún del Municipio de Benito Juárez

**Motivo del encargo o comisión**

Participar en la "Primera Jornada de Cirugías de Labio y Paladar Hendido " para la toma de signos vitales a los pacientes

**Fecha de salida**

11/17/2024 - 08:00

**Fecha de regreso**

11/20/2024 - 18:00

**Datos de la partida**

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

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Viáticos ministrados**

2279.97

**Viáticos comprobados**

2279.97

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

2279.97

**Viáticos en el país**

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

**Alimentación**

2279.97

**Arrendamiento de Vehículos**

0.00

**Recurso económico**

Estatal

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

2279.97

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

Participé en la "Primera Jornada de Cirugías de Labio y Paladar Hendido" para toma de signos vitales a los pacientes

**Resultados obtenidos**

Tomé signos vitales a los pacientes que solicitaron el servicio

**Contribuciones**

Recepcioné a los pacientes y los dirigí a los servicios que requerían

**Conclusiones**

Sé cumplieron con los objetivos de la Brigada

**Datos de la información****Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2024-11-28

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

DIRECCIÓN DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL Y DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

2279.97

**Nombre completo**

DAVID ALONSO POOT CASTELLANOS

**Cargo**

ENFERMERO

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.