



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# Participar en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia

### Tipo de servidor publico

No titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión costeadada por el sujeto obligado

### Ejercicio

2025

### Periodo que se reporta

abril

### 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**

Pantera del Municipio de Bacalar

**Motivo del encargo o comisión**

Participar en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales

**Fecha de salida**

04/16/2025 - 07:00

**Fecha de regreso**

04/16/2025 - 17:00

Datos de la partida

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

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Viáticos ministrados**

339.42

**Viáticos comprobados**

339.42

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

339.42

Viáticos en el país

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

**Alimentación**

339.42

**Arrendamiento de Vehículos**

0.00

**Recurso económico**

Estatal

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

339.42

**Importe total no erogado**

0.00

Reportes

**Actividades realizadas**

Participé en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales

**Resultados obtenidos**

Tomé signos vitales a los pacientes que solicitaron el servicio

**Contribuciones**

Recabe los datos de los pacientes que solicitaron el servicio

**Conclusiones**

Se cumplió con el objetivo de la brigada y se atendieron a los pacientes que solicitaron el servicio

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

abril - junio

**Fecha de validación de la información**

2025-04-23

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

DIRECCION DE SALUD Y ATENCION INTEGRAL Y DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

339.42

**Nombre completo**

ANA CRISTINA ESTRADA JERONIMO

**Cargo**

ENFERMERA

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.