



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **SUPERVISAR LOS PROTOCOLOS Y PROCESOS DE ATENCION A PACIENTES QUE VIVEN CON UNA ENFERMEDAD CRONICA**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 1

### **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**

LIMONES

**Motivo del encargo o comisión**

SUPERVISAR LOS PROTOCOLOS Y PROCESOS DE ATENCION A PACIENTES QUE VIVEN CON UNA ENFERMEDAD CRONICA

**Fecha de salida**

04/23/2025 - 07:00

**Fecha de regreso**

04/23/2025 - 19:00

Datos de la partida

**Importe ejercido por partida de viáticos**

339.42

**Recurso económico**

Federal

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

339.42

**Importe total no erogado**

0.00

Reportes

**Actividades realizadas**

SUPERVISION DE TARJETEROS EXPEDIENTES FARMACIA PAPELERIA Y REVISION DE EQUIPOS DE GLUCOSA, Y REVISIONDE MEDICAMENTOS

**Resultados obtenidos**

SE PUDO REALIZAR UNA SUPERVISION AMPLIA AL CENTRO DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA

**Contribuciones**

SEREALIZA CAPACITACION Y ASESORAMIENTO AL PERSONALN Y SE ENTREGO PAPELERIA 2025

**Conclusiones**

SE REALIZA EN TIEMPO Y FORMA LA SUPERVISION

Datos de la información

**Periodo de actualización**

abril - junio

**Fecha de validación de la información**

2025-04-25

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

AREA DE RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

339.42

**Nombre completo**

MIGUEL ANGEL MORALES GONZALEZ

**Cargo**

AUXILIAR 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.