



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **COMISION AL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA REALIZAR DETECCIONES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A PACIENTES CRONICOS.**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

### **Tipo de servidor publico**

No titular

### **Tipo de responsable del gasto**

Comisión sin gasto para el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2025

### **Periodo que se reporta**

junio

### **Tipo de viaje**

Local

## 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

TEPICH

## Motivo del encargo o comisión

COMISION AL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA REALIZAR DETECCIONES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A PACIENTES CRONICOS.

## Fecha de salida

06/09/2025 - 08:00

## Fecha de regreso

06/09/2025 - 18:00

## Datos de la partida

### Viáticos ministrados

1.00

### Viáticos comprobados

1.00

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

226.28

### Recurso económico

Estatal

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

226.28

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

SE ACUDE A LA UNIDAD PARA REALIZACION DE HEMOCLOBINA GLUCOSILADA A LOS PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSION QUE ACUDEN A SU CONTROL.

### Resultados obtenidos

SE OBTIENE VALOR DE LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA PARA SABER SI LOS PACIENTES CON DIABETES SE ENCUENTRAN EN CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

### Contribuciones

EDUCACION EN SALUD

### Conclusiones

CONTRIBUIR AL CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE ORIENTACION EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

abril - junio

### Fecha de validación de la información

2025-07-18

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

**Importe total de la comisión**

226.28

**Nombre completo**

WALTER PAUL FLORES VALDEZ

**Cargo**

AUXILIAR

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.