



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

# REALIZAR LA VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 1

### Tipo de servidor publico

No titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión con gasto mixto

### Ejercicio

2025

### Periodo que se reporta

agosto

### Tipo de viaje

Local

## 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

MAYA BALAM,ZAMORA Y ALTOS DE SEVILLA

### Motivo del encargo o comisión

REALIZAR LA VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO

### Fecha de salida

08/01/2025 - 07:00

### Fecha de regreso

08/01/2025 - 19:00

## Datos de la partida

### Importe ejercido por partida de viáticos

339.42

### Recurso económico

Estatal

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

339.42

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

REALIZAR EL LEVANTAMIENTO, VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO

### Resultados obtenidos

SE REALIZO EL LEVANTAMIENTO, VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO EN LA UNIDAD DE SALUD

### Contribuciones

EN COMPAÑIA DEL PERSONAL DE SALUD SE REALIZO EL LEVANTAMIENTO, VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO EN LA UNIDAD DE SALUD

### Conclusiones

EN COMPAÑIA DEL PERSONAL DE SALUD SE REALIZO EL LEVANTAMIENTO, VERIFICACION Y FIRMA DE CEDULA DE INVENTARIO EN LA UNIDAD DE SALUD DE IGUAL FORMA SE RECOMENDO AL PERSONAL DE SALUD MANTENER EN ORDEN SU INVENTARIO Y EN CASO DE ALGUN MOVIMIENTO DE UN BIEN MUEBLE DE LA UNIDAD NOTIFICAR AL AREA Y COMO REALIZAR LA MODIFICACION EN SU IVENTARIO

## Datos de la información

### Periodo de actualización

julio - septiembre

### Fecha de validación de la información

2025-08-04

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

RECURSOS FINANCIEROS

### Importe total de la comisión

339.42

**Nombre completo**

MARTIN SURIANO CALLES

**Cargo**

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

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.