



# **SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN LOS COMPONENTES DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENTREGA DE MATERIAL IMPRESO, LONAS Y CARTELES EN TEMAS DE SALUD**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

#### **Tipo de servidor público**

Titular

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

Comisión costeada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2025

#### **Periodo que se reporta**

noviembre

#### **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**

SABAN

**Motivo del encargo o comisión**

SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN LOS COMPONENTES DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE,ENTREGA DE MATERIAL IMPRERSO,LONAS Y CARTELES EN TEMAS DE SALUD

**Fecha de salida**

11/14/2025 - 07:00

**Fecha de regreso**

11/14/2025 - 19:30

**Datos de la partida**

**Viáticos ministrados**

1.00

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

490.00

**Recurso económico**

Estatal

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

490.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

SUPERVISION A LA UNIDAD MEDICA EN LOS COMPONENTES DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE,ENTREGA DE MATERIAL IMPRERSO,LONAS Y CARTELES EN TEMAS DE SALUD

**Resultados obtenidos**

SE OBTUVO BUEN RESULTADO

**Contribuciones**

SE HICIERON APORTACIONES QUE RESALTARON

**Conclusiones**

TODO FUE UN EXITO

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2025-11-14

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

DIRECCION ADMINISTRATIVA

**Importe total de la comisión**

490.00

**Nombre completo**

FRANCISCO MANUEL JIMENEZ CRUZ

**Cargo**

PROMOTOR 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.