



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## **ELEAZAR MONTALVO CABRERA JUL4**

### Datos Generales

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

#### **Tipo de servidor publico**

No titular

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

Comisión costeadada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2026

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

julio

#### **Tipo de viaje**

Local

### Datos de la comisión

#### **País de origen**

México

#### **Estado de origen**

Quintana Roo

#### **Ciudad de origen**

CANCUN

#### **Municipio de origen**

Benito Juárez

#### **País de destino**

México

#### **Estado de destino**

Quintana Roo

#### **Ciudad de destino**

Playa del Carmen

**Motivo del encargo o comisión**

realizar actividades antivectoriales para la prevencion de zika, dengue y chikungunya

**Fecha de salida**

07/16/2026 - 08:00

**Fecha de regreso**

07/18/2026 - 08:00

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida de viáticos**

700.00

**Recurso económico**

Federal

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

700.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

.TECNICO EN PROGRAMAS DE SALUD

**Resultados obtenidos**

.SE APLICO ABATE EN DEPOSITOS DE AGUA PARA EVITAR LA PROLIFERACION DE LOS MOSQUITOS, SE HIZO DESCACHARRIZACION EN LAS VIVIENDAS Y SE REPARTIERON VOLANTRES INFORMATIVOS

**Contribuciones**

.SE NEBULIZARON LAS COLONIAS CON ALTOS INDICES DE MOSQUITOS PARA PREVENIR EL DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUNYA

**Conclusiones**

.SE HICIERON TRABAJOS DE PREVENCION A LA SALUD, SE DIERON PLATICAS SOBRE LAS ARBOVIROSIS Y COMO PREVENIR EL PALUDISMO EN CASA Y EN LAS ESCUELAS

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2026-07-20

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

departamento de recursos financieros

**Nota**

NADA

**Importe total de la comisión**

700.00

**Nombre completo**

ELEAZAR MONTALVO CABRERA

**Cargo**

Técnico en Programas de 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.