



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## **asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD**

### Datos Generales

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

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

No titular

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

Comisión costeadada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2018

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

agosto

#### **Tipo de viaje**

Nacional

#### **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**

felipe carrillo puerto

#### **Municipio de origen**

Felipe Carrillo Puerto

#### **País de destino**

México

## Estado de destino

Quintana Roo

## Ciudad de destino

GAVILANES

## Motivo del encargo o comisión

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

## Fecha de salida

08/27/2018 - 07:00

## Fecha de regreso

08/27/2018 - 18:00

## Datos de la partida

### Importe ejercido por partida de viáticos

150.00

### Recurso económico

Estatad

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

150.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

### Resultados obtenidos

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

### Contribuciones

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

### Conclusiones

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

## Datos de la información

### Periodo de actualización

julio - septiembre

### Fecha de validación de la información

2018-09-13

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

adsministracion

### Nota

asistir a la comunidad de GAVILANES al evento de la JORNADA DE SALUD EN TU COMUNIDAD

### Importe total de la comisión

150.00

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.