

# TRASLADAR Y APOYAR AL EQUIPO ZONAL COMO PARTE DE ELLA

# **Datos Generales**

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio** 

2018

Periodo que se reporta

septiembre

Tipo de viaje

Local

Número de personas acompañantes

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

#### Estado de destino

Ouintana Roo

#### Ciudad de destino

Jose Maria Morelos

#### Motivo del encargo o comisión

TRASLADAR Y APOYAR AL PERSONAL DE EQUIPO ZONAL EN SUS FUNCIONES DE SUPERVISAR EL HOSPITAL INTEGRAL DE IMM

#### Fecha de salida

09/25/2018 - 07:20

#### Fecha de regreso

09/26/2018 - 07:20

# Datos de la partida

# Viáticos comprobados

1.00

## Viáticos no comprobables

0.00

## Importe ejercido por partida de viáticos

300.00

#### Recurso económico

Estatal

## Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

300.00

#### Importe total no erogado

0.00

# Reportes

## **Actividades realizadas**

SE TRASLADA Y APOYA AL EQUIPO QUE ACUDE JUNTO CON PERSONAL DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES PARA EVALUAR AVANCES, VERIFICACIÓN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E INSTALACIÓN DE LOS NUEVOS. SE EVALÚAN TODAS LAS ÁREAS DEL HOSPITAL, SE ETIQUETA, SEMAFORIZA, LOTEA, Y SE ACOMODA LA FARMACIA. SE REALIZARON OFICIOS DE SOLICITUDES DE SEÑALÉTICAS, DE EQUIPOS Y REPARACIONES PENDIENTES.

#### **Resultados obtenidos**

SE REALIZARON LOS OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

#### **Contribuciones**

SE APOYA AL EQUIPO COMO PARTE DE ELLA EN SUS FUNCIONES CON EL FIN DE QUE EL HOSPITAL SE ENCUENTRE EN LAS CONDICIONES QUE MARCA LA CÉDULA DE ACREDITACIÓN

#### **Conclusiones**

SE REALIZO CON ÉXITO LA COMISIÓN

# Datos de la información

## Periodo de actualización

octubre - diciembre

# Fecha de validación de la información

2018-10-22

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

Departamento Administrativo

# Importe total de la comisión

300.00

# **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.