

# REALIZAR TRABAJOS DE SUPERVISION PROPIAS DEL PROGRAMA DE EQUIPO ZONAL

# **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

octubre

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

Quintana Roo

#### Ciudad de destino

ANDRES QUINTANA ROO

# Motivo del encargo o comisión

REALIZAR TRABAJOS DE SUPERVISION PROPIAS DEL PROGRAMA DE EQUIPO ZONAL

#### Fecha de salida

10/01/2018 - 07:30

#### Fecha de regreso

10/02/2018 - 07:30

# Datos de la partida

## Viáticos comprobados

1.00

## Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

100.00

#### Recurso económico

Estatal

## Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

100.00

#### Importe total no erogado

0.00

# Reportes

#### Actividades realizadas

ACUDÍ AL CSR DE LA COMUNIDAD DE ANDRES QUINTANA ROO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE SUPERVISION PROPIAS DEL PROGRAMA AL CUAL PERTENEZCO, MISMOS QUE SON VERIFICAR QUE LOS COMPONENTES SE ESTEN REALIZANDO DE ACUERDO A LAS OBSERVACIONES EN LOS DETALLES

#### **Resultados obtenidos**

SE LOGRARON LOS OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

#### **Contribuciones**

EL DAR SEGUIMIENTO A LOS DETALLES OBSERVADOS PERMITE QUE EL SERVICIO BRINDADO EN EL CSR SEA APEGADO A LO QUE ESTABLECE LAS NORMAS DE SALUD

#### **Conclusiones**

SE REALIZO LA COMISIÓN CON PROFESIONALISMO

# Datos de la información

#### Periodo de actualización

octubre - diciembre

#### Fecha de validación de la información

2018-11-23

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

Departamento Administrativo

# Importe total de la comisión

100.00

## **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.