



# Para participar en la capacitación presencial de la Norma oficial mexicana NOM-039-SSA-2023 de la Certificación de la Discapacidad.

## Datos Generales

### Instancia Gubernamental

Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia

### Tipo de servidor publico

No titular

### Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

### Ejercicio

2024

### Periodo que se reporta

junio

### Tipo de viaje

Local

### 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

Chetumal

### Municipio de origen

Othón P. Blanco

### País de destino

México

## Estado de destino

Quintana Roo

## Ciudad de destino

Ciudad de Cancún Municipio de Benito Juárez

## Motivo del encargo o comisión

Para participar en la capacitación presencial de la Norma oficial mexicana NOM-039-SSA-2023 de la Certificación de la Discapacidad.

## Fecha de salida

06/17/2024 - 04:00

## Fecha de regreso

06/19/2024 - 09:00

## Datos de la partida

### Gasto total en pasaje (aéreo + terrestre)

0.00

### Hospedaje

0.00

### Viáticos ministrados

1628.55

### Viáticos comprobados

1628.55

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

1632.00

## Viáticos en el país

En caso de que se haya seleccionado la partida 3751 VIÁTICOS EN EL PAÍS, proporcione los siguientes datos:

### Alimentación

1632.00

### Arrendamiento de Vehículos

0.00

### Recurso económico

Estatal

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

1632.00

### Importe total no erogado

0.00

### Fecha de entrega del informe

2024-07-01

## Reportes

**Actividades realizadas**

Para participar en la capacitación presencial de la Norma oficial mexicana NOM-039-SSA-2023 de la Certificación de la Discapacidad.

**Resultados obtenidos**

Tener una mejor capacitación para poder apoyar con los certificados que se realizan a los usuarios que acuden a esta Dirección

**Contribuciones**

tener mayor conocimiento sobre las normas para poder trabajar en los centros y apoyar a los usuarios

**Conclusiones**

conocer de las normas y poder aplicarlo en las nuevas disposiciones de los certificados

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de actualización de la información**

2024-07-01

**Fecha de validación de la información**

2024-07-01

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

Dirección de Recursos Financieros/Dirección de los Centros de Rehabilitación Integral y de Atención al Autismo.

**Importe total de la comisión**

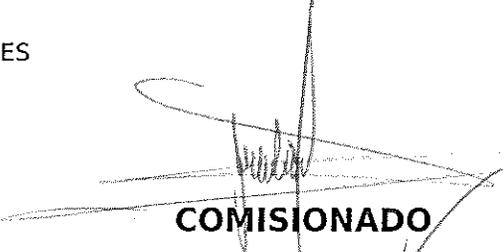
1628.55

**Nombre completo**

SINDI SELENE DOMINGUEZ MORALES

**Cargo**

MEDICO GENERAL

  
**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.