



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## **Participar en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales**

### **Datos Generales**

#### **Instancia Gubernamental**

Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia

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

No titular

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

Comisión costeadada por el sujeto obligado

#### **Ejercicio**

2025

#### **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**

Nuevo Tabasco del Municipio de Bacalar

**Motivo del encargo o comisión**

Participar en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales

**Fecha de salida**

06/19/2025 - 06:00

**Fecha de regreso**

06/19/2025 - 17:00

**Datos de la partida**

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

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Viáticos ministrados**

339.42

**Viáticos comprobados**

339.42

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

339.42

**Viáticos en el país**

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

**Alimentación**

339.42

**Arrendamiento de Vehículos**

0.00

**Recurso económico**

Estatal

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

339.42

**Importe total no erogado**

0.00

**Fecha de entrega del informe**

2025-06-20

## Reportes

### Actividades realizadas

Participé en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" como enfermera para toma de signos vitales

### Resultados obtenidos

Tomé signos vitales a los pacientes que solicitaron el servicio

### Contribuciones

Ayudé en la recepción de datos de los pacientes que solicitaron el servicio

### Conclusiones

Se cumplió con el objetivo de la Brigada

## Datos de la información

### Periodo de actualización

abril - junio

### Fecha de actualización de la información

2025-06-20

### Fecha de validación de la información

2025-06-20

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

DIRECCIÓN DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL Y DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS

### Importe total de la comisión

339.42

### Nombre completo

ANA CRISTINA ESTRADA JERONIMO

### Cargo

ENFERMERA

  
Ana Cristina Estrada Jeronimo

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.