



**SABGOB**  
**SECRETARÍA**  
**ANTICORRUPCIÓN**  
**Y BUEN GOBIERNO**

## Participar en la “Brigada de Salud de Atención Comunitaria” para recepción y registro de pacientes

### 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**

2025

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

agosto

#### **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**

Maya Balam del Municipio de Bacalar

**Motivo del encargo o comisión**

Participar en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" para recepción y registro de pacientes

**Fecha de salida**

08/21/2025 - 06:00

**Fecha de regreso**

08/21/2025 - 16:00

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**

2025-09-01

Reportes

**Actividades realizadas**

Participé en la "Brigada de Salud de Atención Comunitaria" para recepción y registro de pacientes

**Resultados obtenidos**

Registré a los pacientes que solicitaron el servicio

**Contribuciones**

Recepcioné a los pacientes y los dirigí a los servicios que requerían

**Conclusiones**

Sé cumplieron con los objetivos de la Brigada

**Datos de la información****Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de actualización de la información**

2025-09-01

**Fecha de validación de la información**

2025-09-01

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

DIRECCIÓN DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL Y DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

339.42

**Nombre completo**

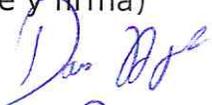
DAVID ALONSO POOT CASTELLANOS

**Cargo**

ENFERMERO

COMISIONADO

(Nombre y firma)

  
David Alonso Poot Castellanos

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.