



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **109-. SE REALIZA SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD Y COMITÉ LOCAL DE SALUD SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES Y SUS ENTORNOS SALUDABLES**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

### **Tipo de servidor publico**

No titular

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

Comisión sin gasto para el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2020

### **Periodo que se reporta**

octubre

### **Tipo de viaje**

Nacional

## Datos de la comisión

### **País de origen**

México

### **Estado de origen**

Quintana Roo

### **Ciudad de origen**

CANCUN

### **Municipio de origen**

Benito Juárez

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

IDEAL

**Motivo del encargo o comisión**

SE REALIZA SEGUIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD Y COMITÉ LOCAL DE SALUD SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES Y SUS ENTORNOS SALUDABLES

**Fecha de salida**

10/06/2020 - 06:00

**Fecha de regreso**

10/06/2020 - 18:30

## Datos de la partida

**Importe ejercido por partida de viáticos**

435.00

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

435.00

**Importe total no erogado**

435.00

## Reportes

**Actividades realizadas**

SE BRINDA SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD Y COMITÉ LOCAL DE SALUD SOBRE LA CERTIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES Y SUS ENTORNOS SALUDABLES

**Resultados obtenidos**

SE OBTIENE LA SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y EL COMITÉ LOCAL DE SALUD SOBRE LA CERTIFICACIÓN COMO UN ENTORNO Y COMUNIDAD SALUDABLE

**Contribuciones**

SE BRINDA LA CAPACITACIÓN DE COMUNIDADES CERTIFICADAS COMO ENTORNOS Y COMUNIDAD SALUDABLE

**Conclusiones**

SE LOGRA CON ÉXITO LA SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD Y COMITÉ LOCAL DE SALUD.

## Datos de la información

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2020-10-12

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

JURISDICCIÓN SANITARIA N°2

**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.