

# TRASLADARSE A LA CIUDAD DE CHETUMAL OTHON P. BLANCO A LA CAPACITACIÓN DE TEMAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

# **Datos Generales**

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio** 

2024

Periodo que se reporta

marzo

Tipo de viaje

Local

Número de personas acompañantes

U

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

Cancun

Municipio de origen

Benito Juárez

#### País de destino

México

## Estado de destino

Ouintana Roo

#### Ciudad de destino

CHETUMAL (OTHON P. BLANCO)

#### Motivo del encargo o comisión

TRASLADARSE A LA CIUDAD DE CHETUMAL OTHON P. BLANCO A LA CAPACITACIÓN DE TEMAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

#### Fecha de salida

03/19/2024 - 11:51

#### Fecha de regreso

03/21/2024 - 11:51

# Datos de la partida

#### Viáticos comprobados

1740.00

## Viáticos no comprobables

0.00

#### Importe ejercido por partida de viáticos

1740.00

#### Recurso económico

Federal

## Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

1740.00

#### Importe total no erogado

0.00

# Reportes

#### **Actividades realizadas**

TRASLADARSE A LA CIUDAD DE CHETUMAL OTHON P. BLANCO A LA CAPACITACIÓN DE TEMAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD

#### **Resultados obtenidos**

CONOCIMIENTOS EN CERTIFICACIÓN DE COMUNIDADES CENTINELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD Y DENGUE

#### **Contribuciones**

ESTAR CAPACITADO CON TEMAS DE SALUD

#### **Conclusiones**

APLICAR LO APRENDIDO EN DICHA REUNION

# Datos de la información

#### Periodo de actualización

enero - marzo

#### Fecha de validación de la información

2024-03-22

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

PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA ATENCION MEDICA UNIDAD MÉDICA MÓVIL ARMADILLO

#### Importe total de la comisión

1740.00

#### Nombre completo

ARNULFO DIAZ NAHUAT

#### Cargo

PROMOTOR EN SALUD

#### **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.