

# CAPACITACIÓN PARA RESPONSABLES DE PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECIFICO "EMERGENCIAS EN SALUD (ES) Y DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

# **Datos Generales**

#### Instancia Gubernamental

Secretaría de Salud

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio** 

2024

Periodo que se reporta

agosto

Tipo de viaje

Nacional

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

Ciudad de México

#### Ciudad de destino

CIUDAD DE MEXICO

# Motivo del encargo o comisión

SES/DSS/SVE/DUED/6309/VIII/2024/COMISIÓN

#### Fecha de salida

08/27/2024 - 14:05

#### Fecha de regreso

08/31/2024 - 08:15

# Datos de la partida

# Importe ejercido por partida de pasaje aéreo

7377.60

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

7377.60

# Hospedaje

0.00

# Importe ejercido por partida de viáticos

0.00

#### Recurso económico

Estatal

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

7377.60

# Importe total no erogado

0.00

# Reportes

#### **Actividades realizadas**

Asistí a la capacitación "EMERGENCIA EN SALUD (ES) y de PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

#### **Resultados obtenidos**

**SATISFACTORIO** 

#### **Contribuciones**

**NINGUNA** 

#### **Conclusiones**

Concluí con los días de la capacitación de manera favorable y satisfactorio.

# Datos de la información

#### Periodo de actualización

julio - septiembre

#### Fecha de validación de la información

2024-10-18

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

Departamento de Urgencias Epidemiológicas y desastres

#### Nota

Ninguna

# Importe total de la comisión

7377.60

# **Nombre completo**

ANA ISABEL MAZA HERNANDEZ

#### Cargo

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y DESASTRES

# **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.