trasladare a la COMUNIDAD DE POZO PIRATA con la finalidad de impartir platicas sobre determinantes de la salud Y CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

Datos Generales

Instancia Gubernamental

Jurisdicción Sanitaria 3

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

Ejercicio

2018

Periodo que se reporta

septiembre

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

Felipe Carrillo Puerto Q. roo

Municipio de origen

Felipe Carrillo Puerto

País de destino

México

Estado de destino

Quintana Roo

Ciudad de destino

POZO PIRATA

Motivo del encargo o comisión

IMPARTIR PLATICAS SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y CARTILLAS

Fecha de salida

09/20/2018 - 07:00

Fecha de regreso

09/21/2018 - 07:00

Datos de la partida

Viáticos comprobados

1.00

Viáticos no comprobables

0.00

Importe ejercido por partida de viáticos

300.00

Recurso económico

Estatal

Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

300.00

Importe total no erogado

0.00

Reportes

Actividades realizadas

SE REÚNEN A LAS MADRES DE FAMILIAS DE LA LOCALIDAD Y SE DA UNA PLATICA DE CONCIENTIZACION COMO DEBEMOS DE EVITAR ENFERMARNOS Y PONER EN PRACTICAS LAS RECOMENDACIONES

Resultados obtenidos

LA GENTE SE REUNIO Y SE PUDO TRABAJAR LOS TEMAS DE SALUD Y SE TRABAJO EL TEMA DE CARTILLAS NACIONALES DE SALUD

Contribuciones

CONCIENTIZAR A LA POBLACIÓN Y EVITAR POSIBLES ENFERMEDADES EN ESTA TEMPORADA

Conclusiones

SE TRABAJO DE FORMA COORDINADA CON EL PERSONAL DE SALUD DE LA LOCALIDAD YA MENCIONADO Y TUVIMOS BUENA RESPUESTA POR PARTE DE LA POBLACIÓN

Datos de la información

Periodo de actualización

julio - septiembre

Fecha de validación de la información

2018-10-29

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

departamento administrativo

Nota

SE LOGRO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA CON LA COLABORACION DEL CENTRO DE SALUD

Importe total de la comisión

300.00

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.