# enfermera general

## Datos Generales

**Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 1

**Tipo de servidor publico**

No titular

**Tipo de responsable del gasto**

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio**

2019

**Periodo que se reporta**

enero

**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**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

SAN JOSE DE LA MONTAÑA,ICAICHE,SANTA ROSA,NUEVO CAANAN Y LIMONAR

**Motivo del encargo o comisión**

apoyo medico y promocion de la salud en las comunidades del municipio de othon P. Blanco

**Fecha de salida**

01/09/2019 - 06:00

**Fecha de regreso**

01/14/2019 - 06:00

# Datos de la partida

**Importe ejercido por partida de viáticos**

1500.00

**Recurso económico**

Federal

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

1500.00

**Importe total no erogado**

1500.00

# Reportes

**Actividades realizadas**

APOYO MEDICO EN LA UNIDAD MEDICA MOVIL MANATI REALIZANDO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y DE PROMOSION A LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DEL MUNICIPIO

**Resultados obtenidos**

ENCAMINADOS HACIA LA COMUNIDAD Y EN BENEFICO DE LA POBLACION QUE CONSULTA EN LA UNIDAD

**Contribuciones**

ESTAS CONTRIBUCIONES AYUDAN A QUE LA COMUNIDAD TENGA MAS CALIDAD DE VIDA YA QUE SE LE PROPORCIONAN ATENCION PARA LA RECUPERACION DE SU PADECIMIENTO,ATENCION AL NIÑO SANO Y A PACIENTES QUE DESEAN UNA BUENA PLANIFICACION FAMILIAR

**Conclusiones**

EN CONCLUSON LA SALIDA DE LA COMISION FUE EXITOSA ENCAMINADA HACIA EL BENEFICIO DE LA COMUNIDAD QUE SE LE PROPORCIONA LA ATENCION MEDICA Y DE ENFERMERIA

# Datos de la información

**Periodo de actualización**

enero - marzo

**Fecha de validación de la información**

2019-01-30

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

Jurisdiccion sanitaria numero 1

**Nota**

comprovacion de viaticos

**Importe total de la comisión**
1500.00

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.