Ministerio de Salud

Entrenamiento de Escoliosis Pediátrica.

Institución:	**Ministerio de Salud**
Nombre o título del viaje:	**Entrenamiento de Escoliosis Pediátrica.**
Funcionario que viaja:	**Dr. Cristian José Pineda Martínez**
Cargo del funcionario:	**Médico Docente e Investigación. Hospital Benjamín Bloom.**
Destino:	**Colombia**
Fecha de salida:	**15/05/2022**
Fecha de regreso:	**30/05/2022**
Valor del pasaje:	**$0.00**
Pasaje pagado con:	**Fondos de cooperación**
Comentarios pago de pasaje:	**MEDIIMPLANTES El Salvador.**
Valor de los viáticos:	**$0.00**
Viáticos pagado con:	**Fondos de cooperación**
Comentarios pago de viáticos:	**MEDIIMPLANTES El Salvador.**
Otros gastos:	**$0.00**
Otros gastos pagado con:	**Fondos de cooperación**
Comentarios pago de otros gastos:	**MEDIIMPLANTES El Salvador.**
Objetivos del viaje:	**mejorar la atención hospitalaria de los usuarios y población salvadoreña mediante el perfeccionamiento profesional en área de Salud Pública.**
Observaciones:	**Los fondos son manejados por el cooperante.**