

**ANEXO XII**

**INFORME DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS RELACIONADOS CON LA SALUD CON CARGO AL FONDO REVOLVENTE FONDEN**

**Oficio No.** \_\_\_\_\_

**C.**

**DIRECTOR GENERAL DEL FONDO DE**

**DESASTRES NATURALES.**

**PRESENTE**

Por este conducto me permito informarle que el (fecha(s) de Boletines de Prensa) la Coordinación General de Protección Civil, emitió Boletín(es) de Prensa (números de boletines de prensa) a través del cual expidió el Terminó de la Declaratoria de Emergencia con motivo de (fenómeno que ocasionó la emergencia) y que afectó a diversos municipios del Estado de (nombre del estado)

En razón de lo anterior, atento a lo dispuesto por el artículo \_\_\_\_\_ del Acuerdo que establece los Lineamientos para emitir las Declaratorias de Emergencia y la utilización del Fondo Revolvente FONDEN que establece:

“La Entidad Federativa deberá informar a la DGFND respecto de la utilización de los insumos recibidos conforme al presente artículo, en un plazo que no deberá exceder de 60 días naturales contados a partir de la recepción de los productos.”

Por lo antes referido me permito presentar el siguiente informe:

**a) La población objetivo que resultó finalmente apoyada con cargo al Fondo**

**Revolvente**

Municipios	Población Apoyada
<b>Total</b>	

(Esta información deberá ser similar o igual a la expresada en los oficios de solicitud de insumos)

**b) Insumos que se distribuyeron entre la población objetivo**

No.	Descripción	Presentación	Clave	Cantidad solicitada	Cantidad entregada	Población beneficiada

**(Párrafo opcional en caso de existir remanentes)**

De conformidad con lo establecido en el artículo \_\_\_\_\_ párrafo segundo de los LINEAMIENTOS que señala que los remanentes de bienes que resulten con motivo de la atención de las emergencias y desastres naturales deberán ponerse de inmediato bajo la disposición de la Dirección General del Fondo de Desastres Naturales. Por lo anteriormente mencionado, dispongo al (nombre, cargo y teléfono de la persona responsable del resguardo de los remanentes de los productos), como responsable del resguardo y entrega de los productos, mismos que se encuentran ubicados en el (dirección del almacén o almacenes donde se encuentran ubicados los productos).

**c) Distribución de Insumos por municipio.**

MEDICAMENTO	CLAVE	MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO	
		Cantidad solicitada	Población beneficiada	Cantidad solicitada	Población beneficiada	Cantidad solicitada	Población beneficiada
Totales							

Es importante señalar que las constancias de entrega recepción de los insumos se encuentran en esta (área donde se encuentran los expedientes de entrega de los productos) para su consulta y análisis respectivo.

Sin más por el momento, quedo de Usted.

**ATENTAMENTE**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE SALUD DE LA ENTIDAD FEDERATIVA**

C.c.p. Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.