



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **CON LA FINALIDAD DE: ASISTIR AL TRASLADO DEL PACIENTE: REFERIDO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA DE LA CD DE MERIDA YUCATAN**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

### **Tipo de servidor publico**

No titular

### **Tipo de responsable del gasto**

Comisión costeadada por el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2023

### **Periodo que se reporta**

mayo

### **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**

PLAYA DEL CARMEN

### **Municipio de origen**

Solidaridad

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Yucatán

**Ciudad de destino**

MERIDA

**Motivo del encargo o comisión**

CON LA FINALIDAD DE: ASISTIR AL TRASLADO DEL PACIENTE: REFERIDO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA DE LA CD DE MERIDA YUCATAN

**Fecha de salida**

05/11/2023 - 15:00

**Fecha de regreso**

05/12/2023 - 15:00

**Datos de la partida**

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

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Recurso económico**

Estatad

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

CON LA FINALIDAD DE: ASISTIR AL TRASLADO DEL PACIENTE: REFERIDO AL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA DE LA CD DE MERIDA YUCATAN

**Resultados obtenidos**

EL PACIENTE FUE ENTRGADO EN EL LUGAR ACORDADO POR LA UNIDAD MEDICA

**Contribuciones**

MANEJAR A LA CD DE MERIDA YUCATAN

**Conclusiones**

LA COMISION FUE CONCLUIDA CON EXITO SIN NINGUN INCONVENIENTE

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

abril - junio

**Fecha de validación de la información**

2023-05-15

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

RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

980.00

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.