



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **ASISTIR A LA CIUDAD DE CANCUN QUINTANA ROO AL HOSPITAL AMERIMED AL TRASLADO DEL PACIENTE RECIEN NACIDO PARA SU ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.**

## Datos Generales

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

### **Tipo de servidor publico**

Titular

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

Comisión costeadada por el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2023

### **Periodo que se reporta**

noviembre

### **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**

Playa del carmen

**Municipio de origen**

Solidaridad

**País de destino**

México

**Estado de destino**

Quintana Roo

**Ciudad de destino**

Cancun

**Motivo del encargo o comisión**

ASISTIR A LA CIUDAD DE CANCUN QUINTANA ROO AL HOSPITAL AMERIMED AL TRASLADO DEL PACIENTE RECIEN NACIDO PARA SU ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.

**Fecha de salida**

11/08/2023 - 07:00

**Fecha de regreso**

11/08/2023 - 19:00

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Recurso económico**

Estatal

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

ASISTIR A LA CIUDAD DE CANCUN QUINTANA ROO AL HOSPITAL AMERIMED AL TRASLADO DEL PACIENTE RECIEN NACIDO PARA SU ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.

**Resultados obtenidos**

ASISTIR A LA CIUDAD DE CANCUN QUINTANA ROO AL HOSPITAL AMERIMED

**Contribuciones**

TRASLADO DEL PACIENTE RECIEN NACIDO PARA SU ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA.

**Conclusiones**

SE REALIZA TRASLADO SIN CONTRATIEMPOS

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2023-11-09

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

RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

435.00

**Nombre completo**

ANGEL FERNANDO DEL ANGEL SIERRA

**Cargo**

ENFERMERO

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.