

# **TRASLADO DE PACIENTE 539**

## **Datos Generales**

#### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

Tipo de servidor publico

No titular

Tipo de responsable del gasto

Comisión costeada por el sujeto obligado

**Ejercicio** 

2024

Periodo que se reporta

mayo

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

Felipe carrillo puerto

Municipio de origen

Felipe Carrillo Puerto

País de destino

México

#### Estado de destino

Quintana Roo

#### Ciudad de destino

Chetumal

## Motivo del encargo o comisión

TRASLADO DE PACIENTE 539

#### Fecha de salida

05/20/2024 - 12:00

#### Fecha de regreso

05/20/2024 - 21:00

## Datos de la partida

#### Viáticos ministrados

0.00

## Viáticos comprobados

1.00

## Viáticos no comprobables

0.00

## Importe ejercido por partida de viáticos

326.00

#### Recurso económico

Estatal

## Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

326.00

#### Importe total no erogado

0.00

# Reportes

#### **Actividades realizadas**

PRESENTARSE EL DIA 20 DE MAYO PARA TRASLADAR AL PACIENTE M. J. C. H. CON DIAGNÓSTICO DM2 DESCOMPENSADA, DISLIPIDEMIA MIXTA ALA CLÍNICA DEL ISSSTE DE LA CIUDAD DE CHETUMAL PARA UNA MEJOR ATENCIÓN MÉDICA Y AL FINALIZAR RETORNAR ALA CIUDAD DE FELIPE CARRILLO PUERTO.

#### **Resultados obtenidos**

SE TRASLADA EN TIEMPO Y FORMA AL PACIENTE

#### **Contribuciones**

SE REALIZA EL TRASLADO SIN NINGÚN CONTRATIEMPO.

#### Conclusiones

SE RETORNAR ALA UNIDAD D ADSCRIPCIÓN.

## Datos de la información

## Periodo de actualización

abril - iunio

#### Fecha de validación de la información

2024-05-23

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

ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DE FELIPE CARRILLO PUERTO

## Importe total de la comisión

326.00

## **Nombre completo**

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ CORONA

#### Cargo

Chofer

### **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.