



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **LLEVAR INFORMACION EN LAS OFICINAS DEL HOSPITAL DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE CANCUN N° DE OFICIO 463**

## **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**

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**

Kantunilkín

### **Municipio de origen**

Lázaro Cárdenas  
**País de destino**  
México

**Estado de destino**

Quintana Roo  
**Ciudad de destino**  
CANCUN

**Motivo del encargo o comisión**  
LLEVAR INFORMACIÓN EN LAS OFICINAS DEL HOSPITAL DEL ISSSTE

**Fecha de salida**  
05/24/2024 - 07:00

**Fecha de regreso**  
05/24/2024 - 17:00

Datos de la partida

**Importe ejercido por partida de pasaje terrestre**  
300.00

**Viáticos ministrados**  
1.00

**Viáticos comprobados**  
1.00

**Viáticos no comprobables**  
0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**  
300.00

**Recurso económico**  
Estatal

**Importe total erogado con motivo del encargo o comisión**  
300.00

**Importe total no erogado**  
0.00

Reportes

**Actividades realizadas**  
LLEVAR INFORMACION EN LAS OFICINAS DEL HOSPITAL DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE CANCUN

**Resultados obtenidos**  
SATISFACTORIOS

**Contribuciones**  
SE LLEVA INFORMACION EN LAS OFICINAS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE

**Conclusiones**  
LA COMISION FUE FINALIZADA SATISFACTORIAMENTE

Datos de la información

**Periodo de actualización**

abril - junio

**Fecha de validación de la información**

2024-05-24

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

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

**Nota**

PARA CUALQUIER ACLARACION

**Importe total de la comisión**

300.00

**Nombre completo**

CIANI KARINA KUMUL TAH

**Cargo**

ADMINISTRADORA

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.