



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **TRASLADO DE PACIENTE EN EL HOSPITAL DEL IMSS EN LA CIUDAD DE PLAYA DEL CARMEN OFICIO N° 727**

## 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**

agosto

### **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**

PLAYA DEL CARMEN

**Motivo del encargo o comisión**

TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL DEL IMSS

**Fecha de salida**

08/07/2024 - 08:00

**Fecha de regreso**

08/07/2024 - 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**

Estatat

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

300.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL DEL IMSS EN LA CIUDAD DE PLAYA DEL CARMEN

**Resultados obtenidos**

SATISFACTORIOS

**Contribuciones**

SE LLEVA PACIENTE AL HOSPITAL DEL IMSS

**Conclusiones**

LA COMISION FUE FINALIZADA SATISFACTORIAMENTE

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2024-08-07

**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**

MANUEL JESUS COCOM BALAM

**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.