



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ EN LA CIUDAD DE CANCUN, Q. ROO**

## 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**

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**

TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ EN LA CIUDAD DE CANCUN, Q. ROO

**Fecha de salida**

08/28/2024 - 10:00

**Fecha de regreso**

08/28/2024 - 22:00

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Recurso económico**

Estatat

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

TRASLADO DE PACIENTE AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ EN LA CIUDAD DE CANCUN, Q. ROO

**Resultados obtenidos**

SE TRASLADO PACIENTE AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ EN LA CIUDAD DE CANCUN, Q. ROO  
EN TIEMPO Y FORMA

**Contribuciones**

SE MANEJO A LA CIUDAD DE CANCUN, Q. ROO PARA TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE  
RODRIGUEZ

**Conclusiones**

SE LOGRO LA COMISION

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2024-08-29

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

Recursos Financieros

**Importe total de la comisión**

325.00

**Nombre completo**

PAUL OMAR DZUL MENDOZA

**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.