



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## TRASLADO DE PACIENTE 900

### Datos Generales

**Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 3

**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**

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

**Fecha de salida**

08/30/2024 - 10:30

**Fecha de regreso**

08/30/2024 - 19:30

**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**

Estatad

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

326.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

Se traslada el 30 de Agosto del año en curso al Px. A.U.P. con Dx. de EVC Transitorio al hospital general de Chetumal para la realización de una Tomografía se esperan los resultados del paciente y se retorna a la unidad de adscripción para continuar con su tratamiento

**Resultados obtenidos**

Se traslada con éxito al paciente

**Contribuciones**

Se traslada con éxito al paciente

**Conclusiones**

Se retorna a la unidad de adscripción

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2024-09-03

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

RECURSOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DE FCP

**Importe total de la comisión**

326.00

**Nombre completo**

JORGE IVAN SERRANO CANUL

**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.