



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## TRASLADO DE PACIENTE 988

### 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**

septiembre

**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 988

Fecha de salida

09/25/2024 - 22:00

Fecha de regreso

09/26/2024 - 07:00

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

Estatad

Importe total erogado con motivo del encargo o comisión

326.00

Importe total no erogado

0.00

Reportes

Actividades realizadas

PRESENTARSE EL DIA 25 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO EN CURSO PARA TRASLADAR AL PX. X.C.M.I. CON DX. CARCINOMA/CANCER DE INTESTINO POS OPERADA A LA CLINICA DEL ISSSTE DE LA CIUDAD DE CHETUMAL PARA UNA MEJOR ATENCION MEDICA Y A SU TERMINO RETORNAR AL HOSPITAL GENERAL DE FELIPE CARRILLO PUERTO.

Resultados obtenidos

SE REALIZA EL TRASLADO SIN NINGUN CONTRATIEMPO.

Contribuciones

SE REALIZA EL TRASLADO EN TIEMPO Y FORMA.

Conclusiones

SE RETORNA A LA UNIDAD DE ADSCRIPSION.

Datos de la información

Periodo de actualización

julio - septiembre

Fecha de validación de la información

2024-09-26

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

AREA DE RECURSOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DE FELIPE CARRILLO PUERTO

**Importe total de la comisión**

326.00

**Nombre completo**

JOSE RAMON MARTINEZ CORONA

**Cargo**

CHOFER DE AMBULANCIA

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.