



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

## TRASLADO DE PACIENTE 1293

### 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

diciembre

#### Tipo de viaje

Nacional

#### 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

Campeche

## Ciudad de destino

CAMPECHE

## Motivo del encargo o comisión

TRASLADO DE PACIENTE 1293

## Fecha de salida

12/17/2024 - 07:00

## Fecha de regreso

12/17/2024 - 19:00

## Datos de la partida

### Viáticos ministrados

0.00

### Viáticos comprobados

1.00

### Viáticos no comprobables

0.00

### Importe ejercido por partida de viáticos

435.00

### Recurso económico

Estatal

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

435.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

PRESENTARSE EL DIA 17 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN CURSO PARA TRASLADAR AL PX. M.A.C.R. CON DX. TUMORACION VESICULAR AL CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGIA DE CAMPECHE PARA VALORACION MEDICA ESPERAR LA VALORACION Y A SU TERMINO RETORNAR AL HOSPITAL GENERAL DE FELIPE CARRILLO PUERTO.

### Resultados obtenidos

SE REALIZA TRASLADO EN TIEMPO Y FORMA.

### Contribuciones

SE REALIZA TRASLADO SIN NINGUN CONTRATIEMPO.

### Conclusiones

SE RETORNA A LA UNIDAD DE ADSCRIPION.

## Datos de la información

### Periodo de actualización

octubre - diciembre

### Fecha de validación de la información

2024-12-18

**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**

435.00

**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.