



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **ASISTIR AL TRASLADO DEL PACIENTE REFERIDO AL HOSPITAL GENERAL DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ PARA ESTUDIO DE GABINETE**

## **Datos Generales**

### **Instancia Gubernamental**

Jurisdicción Sanitaria 2

### **Tipo de servidor publico**

No titular

### **Tipo de responsable del gasto**

Comisión sin gasto para el sujeto obligado

### **Ejercicio**

2025

### **Periodo que se reporta**

noviembre

### **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**

ASISTIR DE APOYO DE ENFERMERA AL TRASLADO DE PACIENTE REFERIDO A HOSPITAL GENERAL DR JESUS KUMATE RODRIGUEZ A ESTUDIO DE GABINETE.

**Fecha de salida**

11/10/2025 - 07:00

**Fecha de regreso**

11/10/2025 - 19:00

**Datos de la partida**

**Gasto total en pasaje (aéreo + terrestre)**

0.00

**Hospedaje**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Recurso económico**

Estatad

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

ASISTIR AL TRASLADO A PACIENTE REFERIDO AL HOSPITAL GENERAL DR JESUS KUMATE RODRIGUEZ PARA ESTUDIO DE GABINETE

**Resultados obtenidos**

REALIZA TRASLADODE PACIENTE A HOSPITAL GENERAL DR JESUS KUMATE RODRIGUEZ SIN NINGUNA EVENTUALIDAD

**Contribuciones**

SE ASISTE A PACIENTE DURANTE TODO MOMENTO DE SU TRASLADO

**Conclusiones**

SE LOGRO COMISION

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

octubre - diciembre

**Fecha de validación de la información**

2025-11-11

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

RECURSOS FINANCIEROS

**Importe total de la comisión**

339.50

**Nombre completo**

JOSUE ISMAEL CHAY BALAM

**Cargo**

ENFERMERO

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.