



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

# **Asistir al traslado de la paciente de nombre A. G. M. referida al hospital general de la ciudad de chetumal quintana 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**

2018

### **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**

Chetumal

**Motivo del encargo o comisión**

Asistir al traslado de la paciente de nombre A. G. M. referida a la ciudad de chetumal quintana roo para su valoracion del area de ginecologia.

**Fecha de salida**

08/12/2018 - 13:08

**Fecha de regreso**

08/13/2018 - 21:10

**Datos de la partida**

**Importe ejercido por partida de viáticos**

0.00

**Recurso económico**

Estatal

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

0.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

Asistir al traslado de la paciente de nombre A. G. M. referida al hospital general de la ciudad de Chetumal quintana roo.

**Resultados obtenidos**

Se recibe paciente en la ciudad de Chetumal en el hospital general en tiempo y hora estimada de llegada en estado consiente de la paciente.

**Contribuciones**

En función de operador de la ambulancia con placas SZ 4675 G con base en el hospital general de playa del Carmen.

**Conclusiones**

Se deja paciente a cargo del hospital referido en el área de urgencias, se procede a regresar a mi hospital de origen, a mi llegada me reporto sin novedad alguna del trayecto de regreso a mi hospital.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

julio - septiembre

**Fecha de validación de la información**

2018-08-16

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

Recursos financieros

**Nota**

Quedo a disposicion de las autoridades correspondientes por alguna aclaracion de dicha comision. GRACIAS.

**Importe total de la comisi3n**

435.00

COMISIONADO  
(Nombre y firma)

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE INFORME SON VERDADEROS, ASÍ COMO LA DOCUMENTACI3N 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 ADMINISTRACI3N PÚBLICA CENTRAL Y PARAESTATAL DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.