



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

# TRASLADO DE PACIENTE CON COMICION 564

## 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

mayo

### 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

TRASLADARSE EL DIA 28 DE MAYO DEL AÑO EN CURSO PARA LLEVAR DE TRASLADO AL PX J.F.C.S CON EL DX TORAX INESTABLE/PB-NEUMOTORAX, A LA CLINICA DEL IMSS DE CHETUMAL

## Fecha de salida

05/28/2024 - 09:30

## Fecha de regreso

05/28/2024 - 18:30

## Datos de la partida

### Importe ejercido por partida de viáticos

0.00

### Recurso económico

Estatal

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

326.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

SE TRASLADA PX EL DIA 28 DE MAYO DEL AÑO EN CURSO DE NOMBRE J.F.C.S. CON EL DX DE TORAX INESTABLE/ PB. NEUMOTORAX, A ÑA CLINICA DEL IMSS DE CHETUMAL

### Resultados obtenidos

SE TRASLADA EL PACIENTE EN TIEMPO Y FORMA

### Contribuciones

SE BRINDAN LOS CUIDADOS NECESARIOS DE ENFERMERIA

### Conclusiones

SE CONCLUYE SATISFACTORIAMENTE CON LA ENCOMKENDA Y SE RETORNA A LA UNIDA DE ADSCRIPCION

## Datos de la información

### Periodo de actualización

abril - junio

### Fecha de validación de la información

2024-05-30

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

DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS

### Nota

GENERERA RECURSO ECONOMICO

### Importe total de la comisión

326.00

**Nombre completo**

GABRIEL ERNESTO REYES ANDRADE

**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.