



**SABGOB**  
SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO

## TRASLADO DE PACIENTE 1213

### 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

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

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

## Fecha de salida

11/24/2024 - 21:30

## Fecha de regreso

11/25/2024 - 06:30

## 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

Estatal

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

326.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

Se traslada el 24 de noviembre del año en curso al Px. U.A.E.N. con Dx.ceteacidosis diabética/acidosis metabólica al Hospital IMSS de Chetumal se entrega al paciente y se procede a retornar a la unidad de adscripción.

### Resultados obtenidos

Se traslada en tiempo y forma

### Contribuciones

se da acompañamiento y los cuidados necesarios durante el traslado

### Conclusiones

se retorna a la unidad de adscripción

## Datos de la información

### Periodo de actualización

octubre - diciembre

### Fecha de validación de la información

2024-11-25

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

RECURSOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DE FCP

**Importe total de la comisión**

326.00

**Nombre completo**

JULIO ARCANGEL CHALE JIMENEZ

**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.