



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## TRASLADO DE PACIENTE 207

### 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**

2025

**Periodo que se reporta**

marzo

**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 207

**Fecha de salida**

03/03/2025 - 08:30

**Fecha de regreso**

03/03/2025 - 17:30

**Datos de la partida**

**Viáticos ministrados**

0.00

**Viáticos comprobados**

1.00

**Viáticos no comprobables**

0.00

**Importe ejercido por partida de viáticos**

340.00

**Recurso económico**

Estatad

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

340.00

**Importe total no erogado**

0.00

**Reportes**

**Actividades realizadas**

PRESENTARSE EL DIA 03 DE MARZO DEL AÑO EN CURSO PARA TRASLADAR AL PX. T.X.I. CON DX. FX EXPUESTA DISTAL TIBIA Y PERONE IZQ/FX CLAVICULA IZQ/PB FX MUÑECA IZQ A LA CLINICA DEL IMSS DE LA CIUDAD DE CHETUMAL PARA UNA MEJOR ATENCION MEDICA 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 ADSCRIPCION.

**Datos de la información**

**Periodo de actualización**

enero - marzo

**Fecha de validación de la información**

2025-03-04

**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**

340.00

**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.