



**SABGOB**

**SECRETARÍA  
ANTICORRUPCIÓN  
Y BUEN GOBIERNO**

## TRASLADO DE PACIENTE 410

### 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**

abril

#### **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

PLAYA DEL CARMEN

## Motivo del encargo o comisión

TRASLADO DE PACIENTE

## Fecha de salida

04/25/2025 - 23:00

## Fecha de regreso

04/26/2025 - 08:00

## 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

Estatat

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

340.00

### Importe total no erogado

0.00

## Reportes

### Actividades realizadas

Se traslada el 25 de abril del año en curso al Px. D.C.H. con Dx. TCE severo/ exposición masa encefálica al hospital general de playa del Carmen para recibir una mejor atención.

### Resultados obtenidos

Se traslada con éxito al paciente

### Contribuciones

Se dan los cuidados necesarios durante el traslado

### Conclusiones

Se retorna a la unidad de adscripción

## Datos de la información

### Periodo de actualización

abril - junio

### Fecha de validación de la información

2025-04-29

### 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**

340.00

**Nombre completo**

BRANDON MACHUCHO ALVARADO

**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.