



SABGOB

**SECRETARÍA
ANTICORRUPCIÓN
Y BUEN GOBIERNO**

TRASLADO DE PACIENTE 687

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

julio

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 687

Fecha de salida

07/10/2025 - 11:30

Fecha de regreso

07/10/2025 - 20:30

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 10 DE JULIO DEL AÑO EN CURSO PARA TRASLADAR AL PX. U.R.D.M. CON DX. EMB. MONOCORIAL MONOAMNIOTICO 36.2 SDG X USG 1T/RESTRICCION SELECTIVA DEL CRECIMIENTO/CESAREA INTERACTIVA/HIPERTENSION GESTACIONAL AL HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE ´PLAYA DEL CARMEN 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 ADSCRIPSION.

Datos de la información

Periodo de actualización

julio - septiembre

Fecha de validación de la información

2025-07-13

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.