



**ANEXO 5**

**FORMATO DE OPERACIONES EFECTUADAS NO COMPROBABLES POR CONCEPTO DE VIÁTICOS**

Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, a los 01 día (s) del mes de AGOSTO del 2024.

**"2024 año del 50 aniversario del estado libre y soberano de Q, Roo"**

**GASPAR ANTONIO PEREIRA SÁNCHEZ**  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL  
HOSPITAL GENERAL FELIPE CARRILLO PUERTO

**PRESENTE**

Atiende a lo dispuesto en el Artículo 38, tercer párrafo a los "LINEAMIENTOS PAR EL EJERCICIO, CONTROL Y COMPROBACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DESTINADO AL PAGO DE VIÁTICOS, PASAJES Y DEMÁS EROGACIONES RELACIONADAS CON LAS COMISIONES OFICIALES EFECTUADAS POR LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRAL Y PARAESTATAL DEL PODER EJECUTIVO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO, se expide el presente para efectos de acreditar las operaciones efectuadas no comprobables por concepto de viáticos, por la cantidad de \$ 326.00 (SON TRESCIENTOS VEINTISÉIS PESOS 00/100 MX) derivadas de la comisión que me fue encomendada, con motivo a QUE SE TRASLADO UN PACIENTE. Que se llevó a cabo EL DÍA 01 DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO EN CURSO, A LA CIUDAD DE CHETUMAL, QUINTANA ROO, en los términos que se detallan a continuación.

No. De Oficio de Comisión: 807	
<b>Monto Total Otorgado</b>	<b>Monto Equivalente al 100%</b>
<b>\$326.00</b>	<b>\$326.00</b>

Desglose de Operaciones Efectuadas No Comprobables por Concepto de Viáticos		
Fecha	Concepto	Importe del Gasto
01/08/2024	AGUA	\$55.00
01/08/2024	TORTA Y ORDEN DE COMIDA	\$245.00
01/08/2024	YOGURT	\$26.00
		<b>Sumatoria Total \$326.00</b>

ATENTAMENTE

AUTORIZO

CONSTANCIA DE PERMANENCIA  
SUBDELEGACION ESTATAL Q. ROO  
SUBDELEGACION MEDICA  
CLINICA HOSPITAL  
CHETUMAL 023-204

DAYANE MICHEL CONTRERAS DC  
ENFERMERA

ALINA MARISOL CHUC TUZ  
ADMINISTRADOR DEL HGFCP

**DIRECCION**  
SELLO, NOMBRE Y FIRMA

*Dra. Elvira de la Cruz Hernandez*

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, MANIFIESTO QUE LA PRESENTE COMPROBACION DE VIATICOS OTORGADOS, SE REALIZO TOMANDO EN CONSIDERACION QUE LAS ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS CORRESPONDENA ACTIVIDADES OPERATIVAS QUE IMPLICAN ESTAR A DISPOSICION DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO**  
**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**  
**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha de referencia 20/02/2011  
Nombre del paciente Urbano  
Domicilio del paciente Cajalputo  
Motivo de envío (diagnóstico) SAE  
Unidad a la que se envía Hospital 1500  
Nombre, firma y código profesional del médico que envía Dr. [Firma]  
Unidad que refiere Hospital General  
Egresado del Hospital Regional de A.I. Med. Cirujano  
Especialidad de la Península de Yucatán Cardiología

No. 0550  
Fecha de nacimiento 1929/11/12  
Servicio FCP  
Especialidad Med. Intern.  
URGENTE  SI  NO

Nombre y firma del paciente, familiar o responsable Estela Yam Uc

