

**ANEXO 5**

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

Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, 07 día (s) del mes AGOSTO del 2024.

“2024 año del 50 aniversario del estado libre y soberano del estado de Quintana Roo”.

C. Dr. GASPAR ANTONIO PEREIRA SANCHEZ  
ENCARGADO DE LA DIRECCION DEL HOSPITAL  
GENERAL DE 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 DEMAS EROGACIONES RELACIONADAS CON LAS COMISIONES OFICIALES AFECTUADAS 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 (TRESCIENTOS VEINTISEIS 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 del DIA 07 DEL MES AGOSTO DEL AÑO EN CURSO, en LA CIUDAD DE CHETUMAL, en los términos que se detallan a continuación.

No. De Oficio de Comisión: 812	
Monto Total Otorgado	Monto Equivalente al 100%
\$326.00	\$326.00

Desglose de Operaciones Efectuadas No Comprobables por Concepto de Viáticos		
Fecha	Concepto	Importe del Gasto
07/08/24	AGUA	\$ 55.00
07/08/24	TORTA Y ORDEN DE COMIDA	\$245.00
07/08/24	YOGURTH	\$26.00
		<b>Sumatoria Total \$ 326.00</b>

ATENTAMENTE

RAMON JESUS HERNANDEZ VELA  
CHOFER

AUTORIZO

ALINA MARISOL CHUC TUZ  
ADMINISTRADOR DE HGFCP

CONSTANCIA DE PERMANENCIA  
DR. ELMER SANCHEZ PALOMARES  
CED PROF: 7199568

SELLO, NOMBRE Y FIRMA

*“Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la presente comprobación de Viáticos otorgados, se realizó tomando en consideración que las actividades desempeñadas corresponden a actividades operativas que implican estar a disposición 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**



**SSA**  
SECRETARÍA DE SALUD  
**SESA**  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Fecha de referencia \_\_\_\_\_

Nombre del paciente Orlando

Domicilio del paciente Carpa Arce Ysmael

Motivo de envío (diagnóstico) ICF moderado

Unidad a la que se envía HC Phestemal

Unidad que refiere HC FCP

Fecha de nacimiento 10/03/92

Servicio URGENTE

Especialidad Red de Urgencias

Nombre y firma del paciente, familiar o responsable SI

6/10/2023

NO

Nº 0572

Nombre y firma del médico que envía [Signature]

Nombre y firma del paciente, familiar o responsable [Signature]