

CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE INSUMOS Y MINISTRACIÓN DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA REALIZAR ACCIONES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, CONVENIO SaNAS.

PROGRAMA: **DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA Y/O COMPONENTE**

EJERCICIO: **2023**

FECHA DE EMISIÓN: **XXXXXXX**

CERTIFICADO DE REINTEGRO TESOFE No: **1**

Línea de Captura: <b>XXXXXX</b>		Monto de la Línea de Captura: <b>\$XXXXXX</b>		Fecha de emisión: <b>XXXXXX</b>	
Índice	Partida Presupuestal	Nombre de la partida presupuestal	Bienes/Servicios Descripción	Monto Reintegrado	
1.1.1.2	33604	Impresión y elaboración de material informativo derivado de la operación y administración de las dependencias y entidades	Impresion y elaboracion de publicaciones oficiales y de informacion en general para difusion  <b>Descripción complementaria</b> Cartel descripción: Tamaño: 60 x 90 cms. Impreso en selección a color 4 x 0 en papel couché brillante de 150 grs. Cartel Lavado de Manos.	\$95.20	

**CONVENIO ESPECÍFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE INSUMOS Y MINISTRACIÓN DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES PARA REALIZAR ACCIONES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, CONVENIO SaNAS.**

PROGRAMA: **DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA Y/O COMPONENTE**

EJERCICIO: **2023**

FECHA DE EMISIÓN: **XXXXXXX**

CERTIFICADO DE REINTEGRO TESOFE No: **1**

**Monto total del certificado de reintegro: \$XXXXXXX**

LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA CUMPLE CON LOS REQUISITOS ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA ( **DENOMINACION DE PROGRAMA Y/O COMPONENTE**), Y SE ENCUENTRA PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN EL ESTADO DE **XXXXX**, A TRAVÉS DE SU(S) **INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE DENOMINACIÓN DE ENTIDAD FEDERATIVA** MISMA QUE ESTÁ A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y, EN SU CASO, DE LAS SECRETARÍAS DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, SHCP, Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, SFP, ASÍ COMO DE LOS ÓRGANOS DE FISCALIZACIÓN COMPETENTES, QUE LLEGARÁN A REQUERIRLA.

**AUTORIZA**

**ELABORÓ**

**Vo. Bo.**

---

**DIRECTOR DE SERVICIOS  
DE SALUD**

---

**DIRECTOR ADMINISTRATIVO**

---

**SECRETARIA DE SALUD**