

COMPROBACIÓN DEL GASTO DE LOS RECURSOS MINISTRADOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

FORMATO-1

ENTIDAD FEDERATIVA:

GUANAJUATO

PROGRAMA

EMERGENCIAS EN SALUD

COMPONENTE

MONITOREO

EJERCICIO:

2024

PARTIDA PRESUPUESTAL:

12101

FECHA DE ELABORACIÓN: 14 DE JULIO DE 2024

NÚMERO DE DOCUMENTO: ES-M-01-NÓMINA

PERFIL: ENFERMERA (O) GENERAL
TITULADA (O) "A"

El número de documento deberá
contener las abreviaturas del programa
y/o componente según corresponda,
establecidas en los Criterios de
Comprobación y el consecutivo será
por programa y tipo de formato. (siga
el ejemplo)

FORMATO PARA LA COMPROBACIÓN DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL

CONSECUTIVO	NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	RFC CON HOMOCLAVE	ACTIVIDAD DESARROLLADA	PERIODO DE PAGO		MONTO TOTAL DE LA NÓMINA	LUGAR DE TRABAJO EN LA ENTIDAD FEDERATIVA	OBSERVACIONES
				DEL:	AL:			
1	PÉREZ LÓPEZ GRISELDA	PELG670326 R2A	VISITAS DOMICILIARIAS A PACIENTES SOSPECHOSAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO	16 DE ENERO	31 DE MARZO	\$ 48,602.50	JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 01	DESCUENTO POR FALTAS
TOTAL:						\$ 48,602.50		

LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA SOPORTE DEL EJERCICIO DEL GASTO DEL PRESENTE FORMATO, CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA Y COMPONENTE XXXXXXXX Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN EL ESTADO DE XXXXXXXX, A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE XXXXXXXX, MISMA QUE ESTÁ A DISPOSICIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y, EN SU CASO, DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y/O DE LOS ÓRGANOS FISCALIZADORES COMPETENTES, ASÍ COMO LA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE ÉSTAS LLEGARAN A SOLICITAR.

NOMBRE Y FIRMA

DIRECTOR DE
SERVICIOS O EQUIVALENTE EN LA
ENTIDAD

NOMBRE Y FIRMA

DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESTATAL
(NOMBRE DEL CARGO EN LA ENTIDAD)

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA Y/O COMPONENTE
(NOMBRE CARGO EN LA ENTIDAD FEDERATIVA)

