SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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)

COMPROBACIÓN DEL GASTO DE LOS RECURSOS MINISTRADOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

FORMATO-3

FECHA DE ELABORACIÓN: 20 DE JUNIO DEL 2024

NÚMERO DE DOCUMENTO: SSR-SM-01-VÍATICOS

ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

COMPONENTE SALUD MATERNA

EJERCICIO: 2024

PARTIDA PRESUPUESTAL: 37501

FORMATO PARA LA COMPROBACIÓN DE VIÁTICOS/PASAJES

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	R.F.C.	FORMATO DE COMISIÓN (FUC)	MOTIVO DE LA COMISIÓN	FECHA/PERIODO	TIPO DE PERSONAL	MONTO TOTAL
JUAN HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ	HEHJ520115	51	CAMPAÑA DE DETECCIÓN OPORTUNA	25 DE JULIO AL 28 DE JULIO 2022	(ESPECIFICAR PERSONAL OPERATIVO ó MANDO MEDIO)	$ 5,200.00
					TOTAL:	**$ 5,200.00**

EJEMPLO

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 COMPONENTEXXXXXXXXX Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN EL ESTADO DE XXXXXXXXXX, A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE XXXXXXX, 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	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR DE SERVICIOS O EQUIVALENTE EN LA ENTIDAD FEDERATIVA	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESTATAL (NOMBRE DEL CARGO EN LA ENTIDAD FEDERATIVA)	RESPONSABLE ESTATAL DEL PROGRAMA Y/O COMPONENTE (NOMBRE DEL CARGO EN LA ENTIDAD FEDERATIVA)