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-4

FECHA DE ELABORACIÓN: 25 DE AGOSTO DEL 2024

NÚMERO DE DOCUMENTO: SSR-SM-01-COMBUSTIBLE

ENTIDAD FEDERATIVA: COLIMA
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
COMPONENTE SALUD MATERNA
EJERCICIO: 2024
PARTIDA PRESUPUESTAL: 26101

FORMATO PARA LA COMPROBACIÓN DE SERVICIOS (COMBUSTIBLE, INTERNET, SEÑALES ANALÓGICAS, TELEFONÍA CELULAR Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO A EQUIPOS DE LABORATORIO Y VEHÍCULOS)

CONCEPTO DE PAGO	FECHA	RAZÓN SOCIAL	R.F.C.	FOLIO FISCAL DEL CFDI	UNIDAD DE MEDIDA	MONTO TOTAL	OBSERVACIONES
COMBUSTIBLE MAGNA	10 DE ABRIL DE 2024	COMBUSTIBLES DEL NORTE	CONO620501KL8	F637650F-H7H0-4B36-BCD2-CF853EC87ACF	1	$ 10,000.00	COMBUSTIBLE PARA PROGRAMA DE SALUD MATERNA
					TOTAL:	**$ 10,000.00**	

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 XXXXXX, 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 FEDERATIVA

NOMBRE Y FIRMA

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

NOMBRE Y FIRMA

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