

Formato de Constancia de cierre de Presupuesto

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

UA/OAD:

PROGRAMA:

Ejercicio Fiscal:

Entidad Federativa:

Asunto: Constancia de cierre de Presupuesto

#Titular de la Secretaría de Salud del Estado

#Cargo del Titular de la Secretaría de Salud del Estado

Entidad Federativa:

Me refiero al 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, para el ejercicio 2024, al respecto, y a efecto de dejar constancia de la comprobación de los recursos ministrados a través de dicho Convenio, me permito informar a usted que los recursos transferidos al programa de #Nombre del Programa a través de la #UA/OAD por un monto de \$ _____ .00 (Monto en Letra 00/100 M.N.) han sido comprobados en su totalidad conforme a las partidas del gasto autorizadas por esta Unidad Administrativa u Órgano Administrativo Desconcentrado cumpliendo lo establecido en el convenio antes referido.

La emisión de la presente constancia no prejuzga la autenticidad de la información y de la documentación que respaldan los Certificados de Gasto y los Certificados de Reintegro, presentada a esta Unidad Administrativa u Órgano Administrativo Desconcentrado para la comprobación del gasto, por lo que no exime a esa entidad federativa de la responsabilidad que, en su caso, los órganos fiscalizadores federales y/o estatales, determinen conforme a sus atribuciones.

A T E N T A M E N T E

#TITULAR UA/OAD