



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD PARA  
EL BIENESTAR

ANEXO 5  
FORMATO PARA CERTIFICACIÓN DE GASTO

Entidad Federativa: Colima

Fecha de Elaboración: 09/03/2023

Octubre

Partida de gasto	Número de CFDI	Monto	Concepto	N° de Póliza Cheque y/o Transferencia Electrónica	Fecha de la Póliza de Cheque y/o Transferencia Electrónica	CLUES	Unidad Médica	Observaciones
35501	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
26102	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
<b>Total</b>		<b>0.00</b>						

Elaboró

*[Signature]*

Dra. Ana Rosa Ramírez Zavala  
Coordinadora Estatal de los Programas  
S200 Fortalecimiento a la Atención Médica y  
E023 Atención a la Salud

Revisó

*[Signature]*

C.P. Ana Lucía Arias Martínez  
Directora Administrativa de los Servicios  
de Salud del Estado de Colima

Autorizó

*[Signature]*

Dra. Martha Janeth Espinosa Mejía  
Secretaría de Salud y Presidenta Ejecutiva del  
Servicios de Salud del Estado de Colima

SGPJ/HMCG