



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSABI
INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

ANEXOS CONVENIO: PSP-E023-2021 - COL - 06

**ANEXO 2
FORMATO PARA CERTIFICACIÓN DE GASTO**

Entidad Federativa: **Colima**

Nombre del Concepto de Gasto: **Remuneraciones al personal con carácter de transitorio**

Monto Autorizado por Concepto de Gasto: \$ **9,312,612.00**

Fecha de Elaboración: **22-abr-21** Mes: **Marzo**

Pda. De Gasto Especifica	Número de CFI	Nº de Póliza Cheque y/o Transferencia Electrónica	Fecha de la Póliza de Cheque y/o Transferencia Electrónica	Nombre del Trabajador	RFC con Homoclave	Nombre o Nivel del Puesto	Adscripción		Fecha de Inicio de Labores	Percepción Bruta	Total de Deducciones	Percepción Neta	Nº Quincena	Fecha de Término de Labores	Observaciones
							CLUES	Unidad Médica							
TOTAL										0.00	0.00	0.00			

Elaboró

C.P. RAMON PRECIADO BRIZUELA
SUBDIRECTOR DE PRESUPUESTACION Y FINANZAS

Revisó

DR. H.C. GONZALO SALVADOR CRUZ ZAMORA
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Autorizó

LICDA. LETICIA GUADALUPE DELGADO CARRILLO
SECRETARÍA DE SALUD