Fecha de solicitud: (7) DD/MM/AA

**JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN**

|  |
| --- |
| **¿DE QUÉ FORMA CONTRIBUIRÁ AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD?** |
| **(8)** |
| **RAZONES QUE HACEN NECESARIA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO.** |
| **(9)** |
| **¿QUÉ RESULTADOS SE OBTENDRÁN AL TÉRMINO DEL SERVICIO?** |
| **(10)** |
| **BREVE DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO** |
| **(11)** |
| LUGAR Y SEDE DEL EVENTO PROPUESTO: | (12) |
| EN SU CASO, RAZONES POR LAS QUE NO SE PUEDE REALIZAR EN INSTALACIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD: | (13) |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES Y DESCRIPCIÓN DE LOS MISMOS: | (14) |
| **LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES NORMATIVAS:** |
| **(15)** |

Asimismo, con fundamento en el artículo (16) del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la (17) manifiesta bajo protesta de decir verdad, lo siguiente:

1. Que cuenta dentro de su presupuesto con la suficiencia presupuestaria, en la partida de gasto correspondiente, requerida para cubrir el monto a erogar.

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN****NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL TITULAR DE LA UNIDAD RESPONSABLE SOLICITANTE** | **AUTORIZA****NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL ÁREA MAYOR A LA CUAL ESTÁ ADSCRITA LA UNIDAD RESPONSABLE SOLICITANTE** |