



I 00093

Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 0682 CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 0682 CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS
 Nombre del Funcionario Facultado SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA
 Puesto del Funcionario Facultado DIRECTOR GENERAL
 Cheque a favor de CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

Proveedor Empleado / Funcionario Contratista

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir: 01 | 10 | 2024 al 15 | 10 | 2024 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$422,550.59 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) SERVICIOS PERSONALES

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	No Factura/ No de Oficio	Importe
------------	----------------------	--------------------	--------------------------	---------

	Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	05	22	001	150	01	10	001	4152	00345	422,550.59
									SubTotal	422,550.59



Total \$422,550.59

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS 59/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA CORRESPONDIENTE A LA 1A QUINCENA DE OCTUBRE DE 2024

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANORTE CTA 0848005479 CLABE INTERBANCARIA 07270000848005479 9

Autorizaciones

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO

ELABORO
MARTHA LYDIA SIERRA CANO

AUTORIZO
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

Nombre y Firma
ADMINISTRADOR
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma
DIRECTOR GENERAL
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma
Oficialia Mayor