



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

Período a cubrir: _____ al _____ No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$83,862.98 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) MATERIALES Y SUMINISTROS

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	002	4152	350	83,862.98
<i>Sub Total</i>										83,862.98



Total \$83,862.98

Cantidad con Letra (OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS 98/100 M.N.)

Observaciones: GASTOS DEVENGADOS AGOSTO 2024

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 072700008480054799 BANORTE

Autorizaciones

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

SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

Nombre y Firma
 DIRECTORA GENERAL
 Dependencia Solicitante

Nombre y Firma
 DIRECTORA GENERAL
 Dependencia Solicitante

Recibi Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
 Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma
 Oficialía Mayor