



**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 DIRECTORA 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 \$396,963.00 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	357	396,963.00
Sub Total										<b>396,963.00</b>



**Total \$396,963.00**

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N. \_\_\_\_\_)

Observaciones: 2A QUINCENA NOVIEMBRE 2024

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 07270000848005479 9 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

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
 Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
 Oficialía Mayor