



**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS  
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 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 \$421,191.67 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	388	421,191.67
<i>Sub Total</i>										<b>421,191.67</b>	



**Total \$421,191.67**

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS 67/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS PERSONALES

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

*Autorizaciones*

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

ELABORO  
**SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA**  
  
Nombre y Firma  
DIRECTORA GENERAL  
Dependencia Solicitante

AUTORIZO  
**SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA**  
  
Nombre y Firma  
DIRECTORA GENERAL  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor



**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS  
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 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: 01 | 03 | 2025 al 31 | 03 | 2025 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$55,463.00 No. de Empleados                     

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) GASTOS GENERALES

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	003	4152	386	55,463.00
									<i>Sub Total</i>	<b>55,463.00</b>



**Total \$55,463.00**

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: GASTOS GENERALES MARZO 2025

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

*Autorizaciones*

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

ELABORO  
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

AUTORIZO  
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  
Oficialia Mayor



**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS  
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 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: 01 | 03 | 2025 al 31 | 03 | 2025 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$155,267.35 No. de Empleados                     

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

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	No Factura/ No de Oficio	Importe
FACTURA		Poder Dep. Dir. Prog. SubProg Fuente. Obra O. Gasto		
		05 22 001 150 01 10 002 4152	387	155,267.35
<i>SubTotal</i>				<b>155,267.35</b>



**Total \$155,267.35**

Cantidad con Letra (CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS 35/100 M.N.)

Observaciones: GASTOS MATERIALES Y SUMINISTRO MARZO 2025

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

*Autorizaciones*

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

ELABORO  
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

Nombre y Firma  
DIRECTORA GENERAL  
Dependencia Solicitante

*Recibí Documentos*

AUTORIZO  
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

Nombre y Firma  
DIRECTORA GENERAL  
Dependencia Solicitante

*Autorización Especial*

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor



ACUSE PJ 00070

**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS  
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 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 \$404,461.59 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	389	404,461.59
<i>SubTotal</i>										<b>404,461.59</b>



**Total \$404,461.59**

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS 59/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS PERSONALES

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

*Autorizaciones*

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

ELABORO  
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

AUTORIZO  
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  
Oficialia Mayor