



**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 \_\_\_\_\_

Cheque a favor de CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

Proveedor       Empleado / Funcionario       Contratista

**Datos de Comprobación**

Período a cubrir: 15 | 01 | 2025 al 30 | 01 | 2025 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$384,536.74 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos     Gastos a Comprobar     Fondos Revolventes     Otros (Especificar) NOMINA 2A ENERO 2025

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	373	384,536.74
<i>Sub Total</i>										<b>384,536.74</b>



**Total \$384,536.74**

Cantidad con Letra ( TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS 74/100 M.N. )

Observaciones: SERVICIOS PERSONALES 2A ENERO 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

Recibi Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor



PI 00003

**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 \_\_\_\_\_  
 Cheque a favor de CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS  
 Proveedor       Empleado / Funcionario       Contratista

**Datos de Comprobación**

Período a cubrir: 16 | 01 | 2025 al 31 | 01 | 2025 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$80,000.00 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos     Gastos a Comprobar     Fondos Revolventes     Otros (Especificar) \_\_\_\_\_

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	374	80,000.00
<i>SubTotal</i>										<b>80,000.00</b>	



**Total \$80,000.00**

Cantidad con Letra (OCHENTA MIL PESOS 00/100 MONEDARIO)

Observaciones: CUOTAS DE SEGURIDAD SOCIAL 2A QUINC ENERO 2025

\$ 65 280.76

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

*Recibi 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 05 22 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 \_\_\_\_\_  
 Cheque a favor de CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

Proveedor       Empleado / Funcionario       Contratista

*Datos de Comprobación*

Periodo a cubrir: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$416,005.73 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos     Gastos a Comprobar     Fondos Revolventes     Otros (Especificar) SUELDOS 1RA QNA ENERO 2025

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	V368	416,005.73
<i>SubTotal</i>										<b>416,005.73</b>



**Total \$416,005.73**

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CINCO PESOS 73/100 M.N.)

Observaciones: SUELDOS 1RA QNA ENERO 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

ELABORÓ  
**SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA**

AUTORIZÓ  
**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  
Oficialia Mayor