

PI 00012



POTOSÍ
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027

Gobierno del Estado de San Luis Potosí
Secretaría de Finanzas

Folio: **B052200381**

Fecha Solicitud 11 | 03 | 2025

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 | 02 | 2025 al 28 | 02 | 2025 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$100,054.51 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) MATERIALES Y SUM FEB 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	002	4152	381	100,054.51
<i>SubTotal</i>										100,054.51



Total \$100,054.51

Cantidad con Letra (CIEN MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS 51/100 M.N.)

Observaciones:

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 00013



POTOSI
PARA LOS POTOSINOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027

Gobierno del Estado de San Luis Potosí
Secretaría de Finanzas

Folio: **B052200382**

Fecha Solicitud 11 | 03 | 2025

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 | 02 | 2025 al 28 | 02 | 2025 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$56,611.85 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) SERV GRALES FEB 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	003	4152	382	56,611.85
SubTotal										56,611.85



Total \$56,611.85

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS 85/100 M.N.)

Observaciones:

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



PI 00014

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 15 | 03 | 2025 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$493,574.26 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) NOMINA 1A MZO 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	383	493,574.26
SubTotal										493,574.26	



Total \$493,574.26

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 26/100 M.N.)

Observaciones:

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
Oficialía Mayor



PS 00015

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: 16 | 03 | 2025 al 31 | 03 | 2025 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$396,821.34 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) NOMINA 16 AL 31 MZO 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	384	396,821.34
<i>SubTotal</i>										396,821.34	



Total \$396,821.34

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTE UN PESOS 34/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS PERSOANESL 2A QUINCENA MZO 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
Oficialía Mayor