

ACUSE PI 00021

**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**

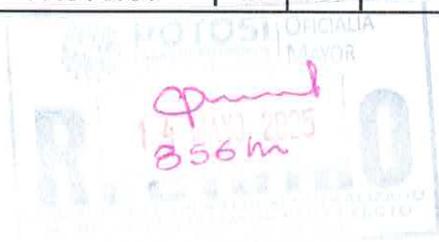
Proveedor       Empleado / Funcionario       Contratista

*Datos de Comprobación*

Período a cubrir: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ No. de facturas anexas: **1**  
 Importe Solicitado **\$434,439.97** 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           |
|------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|
| FACTURA          | 05 22                | 001 150 01 10 001  | 4152                     | 434,439.97        |
| <i>Sub Total</i> |                      |                    |                          | <b>434,439.97</b> |



**Total \$434,439.97**

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 97/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS PERSONALES 1er QUINCENA DE MAYO DEL 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER CTA: 0124139704 CLABE: 012700001241397047

*Autorizaciones*

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

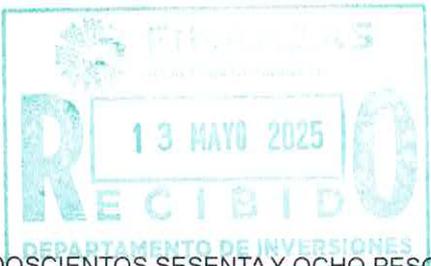
Proveedor       Empleado / Funcionario       Contratista

*Datos de Comprobación*

Período a cubrir: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$107,268.92 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                     | 391               | 107,268.92 |
| <i>Sub Total</i> |                      |                    |      |      |       |          |         |      |                          | <b>107,268.92</b> |            |



**Total \$107,268.92**

Cantidad con Letra (CIENTO SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 92/100 M.N.)

Observaciones: MATERIALES Y SUMINISTROS DEL MES DE ABRIL DEL 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANORTE CTA: 0848005479 CLABE: 072700008480054799

*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: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$74,853.70 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos     Gastos a Comprobar     Fondos Revolventes     Otros (Especificar) SERVICIOS 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                     | 392              | 74,853.70 |
| <i>SubTotal</i> |                      |                    |      |      |       |          |         |      |                          | <b>74,853.70</b> |           |



**Total \$74,853.70**

Cantidad con Letra (\_\_\_\_\_)

Observaciones: SERVICIOS GENERALES DEL MES DE ABRIL DEL 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANORTE CTA: 0848005479 CLABE: 072700008480054799

**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

**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 \$394,638.73 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     | 393 | 394,638.73        |
| <b>SubTotal</b> |       |      |      |       |         |         |      |          |     | <b>394,638.73</b> |



**Total \$394,638.73**

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 73/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS PERSONALES 2da QUINCENA DE MAYO DEL 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER CTA: 0124139704 CLABE: 012700001241397047

**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