

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 **\$77,305.78** 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	404	77,305.78
									SubTotal	77,305.78



Total \$77,305.78

Cantidad con Letra (**SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS 78/100 M.N.**)

Observaciones: **PAGO DE RETROACTIVO 2024.**

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

Recibi 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 CATELLANOS**
Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante **CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CATELLANOS**
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 **\$460,104.65** 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	403	460,104.65
									SubTotal	460,104.65



Total \$460,104.65

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUATRO PESOS.65/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA DE LA SEGUNDA QUINCENA DE JULIO 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

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 | 06 | 2025** al **30 | 06 | 2025** No. de facturas anexas: **1**
Importe Solicitado **\$80,061.16** 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	402	80,061.16
										SubTotal	80,061.16

Total \$80,061.16

Cantidad con Letra (OCHENTA MIL SESENTA Y UN PESOS 16/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS GENERALES DEL MES DE JUNIO 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

SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

Nombre y Firma
DIRECTORA GENERAL
Dependencia Solicitante

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
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 | 06 | 2025** al **30 | 06 | 2025** No. de facturas anexas: **1**
Importe Solicitado **\$135,446.29** 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	401	135,446.29
										Sub Total	135,446.29



Total \$135,446.29

Cantidad con Letra (CIENTO TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS 29/100 M.N.)

Observaciones: MATERIALES Y SUMINISTROS DEL MES DE JUNIO 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: **01 | 07 | 2025** al **15 | 07 | 2025** No. de facturas anexas: **1**
Importe Solicitado **\$676,017.53** 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	400
										SubTotal
										676,017.53



Total \$676,017.53

Cantidad con Letra (**SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DIECISIETE PESOS 53/100 M.N.**)

Observaciones: **NOMINA DE LA PRIMER QUINCENA DE JULIO 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