

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 | 08 | 2025 al 15 | 08 | 2025 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$497,830.40 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	405	497,830.40
									SubTotal	497,830.40



Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS 40/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA DE LA PRIMER QUINCENA DE AGOSTO 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA 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

ELABORÓ
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

AUTORIZÓ
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 \$177,390.17 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	406	177,390.17
									SubTotal	177,390.17



Cantidad con Letra (CIENTO SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 17/100 M.N.)

Observaciones: GASTOS DEL MES DE JULIO 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANORTE CTA 0848005479 CLABE 072700008480054799

Autorizaciones

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMETO 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

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 | 07 | 2025 al 31 | 07 | 2025 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$88,638.19 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	407	88,638.19
									SubTotal	\$88,638.19



Total

\$88,638.19

Cantidad con Letra (OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 19/100 M.N.)

Observaciones: GASTOS DEL MES DE JULIO 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

ELABORÓ
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

Nombre y Firma
DIRECTORA GENERAL
Dependencia Solicitante

AUTORIZO
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

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: 16 | 08 | 2025 al 31 | 08 | 2025 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$463,239.00 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	408	463,239.00	SubTotal 463,239.00



Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA DE LA 2da QUINCENA DE AGOSTO 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

ELABORÓ
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

AUTORIZÓ
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