

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



Total \$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

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 \$177,390.17 No. de Empleados

☐ Viáticos ☐ Gastos a Comprobar ☐ Fondos Revolventes ☒ Otros (Especificar) MATERIALES Y SUMINISTROS

Cve. Tipo									No Factura/	Importe
Doc. Anexa	Compromiso		Clave Presupuestal						No de Oficio	
	Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg.	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	05	22	001	150	01	10	002	4152	406	177,390.17
									Sub Total	177,390.17



Total \$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 DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO

ELABORA
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA

AUTORIZA
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

Periodo 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

ELABORO
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

AUTORIZO
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL ROSARIO CASTELLANOS

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: **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
------------	----------------------	--------------------	-----------------------------	---------

	Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg.	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	05	22	001	150	01	10	001	4152	408	463,239.00
									Sub Total	463,239.00



Total \$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
Oficialía Mayor