

## 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 | 09 | 2025 al 15 | 09 | 2025 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$424,584.22 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	409	424,584.22

SubTotal 424,584.22



Total \$424,584.22

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS 22/100 M.N.)

Observaciones: 1er NOMINA DE SEPTIEMBRE DEL 2025

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPÓSITO: 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

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

Importe Solicitado \$134,209.64 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	410	134,209.64



Total \$134,209.64

Cantidad con Letra (CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS 64/100 M.N.)

Observaciones: MATERIALES Y SUMINISTROS DEL MES DE AGOSTO 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPÓSITO: BANORTE CTA: 0848005479 CLABE: 072 700 00848005479 9

### 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 SAILY NEGRETE ERIZA

AUTORIZÓ  
SANDRA SAILY 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 | 08 | 2025 al 31 | 08 | 2025 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$63,257.95 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
FACTURA	05 22 001 150 01 10 003 4152		411	63,257.95
			SubTotal	63,257.95



Total

\$63,257.95

Cantidad con Letra (SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS 95/100 M.N.)

Observaciones: SERVICIOS GENERALES DEL MES DE AGOSTO 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANORTE CTA:0848005479 CLABE:072 700 00848005479 9

#### 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: 16 | 09 | 2025 al 23 | 09 | 2025 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$392,084.87 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	412	392,084.87	



Total \$392,084.87

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS 87/100 M.N.)

Observaciones: 2da NOMINA DE SEPTIEMBRE DEL 2025.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBV 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