

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
									Sub Total
									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 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
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 \$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
									SubTotal	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 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

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 | 08 | 2025** al **31 | 08 | 2025** No. de facturas anexas: **1**
Importe Solicitado **\$63,257.95** No. de Empleados **1**

☐ 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	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

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: **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
		Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg.	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		05	22	001	150	01	10	001	4152	412	392,084.87
										Sub Total	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

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