

**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 | 02 | 2026 al 15 | 02 | 2026 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$418,180.22 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	431	418,180.22
<b>Sub Total</b>										<b>418,180.22</b>



**Total \$418,180.22**

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO OCHENTA PESOS 22/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA 1ER QUINCENA DE FEBRERO DEL 2026.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
CTA. BANCARIA DE DEPOSITO:

**Autorizaciones**

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS

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

PI 00005  
26/02

ACUSE

**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: 16 | 02 | 2026 al 28 | 02 | 2026      No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$393,965.56      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	432	393,965.56
<i>Sub Total</i>										<b>393,965.56</b>



**Total \$393,965.56**

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS 56/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA 2DA QUINCENA DE FEBRERO DEL 2026.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
CTA. BANCARIA DE DEPOSITO:

**Autorizaciones**

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS

**ELABORO**  
SANDRA SAILLY NEGRETE ERIZA  
\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma  
DIRECTORA GENERAL  
Dependencia Solicitante

**AUTORIZO**  
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  
Oficialía Mayor