

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: _____ al _____ No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$397,645.52 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	429	397,645.52
										<i>SubTotal</i>	397,645.52

Total \$397,645.52

Cantidad con Letra (TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS 52/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA 1ER QUINCENA DE ENERO 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
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

Periodo a cubrir: 16 | 01 | 2026 al 31 | 01 | 2026 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$419,061.78 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	430	419,061.78
SubTotal										419,061.78



Total \$419,061.78

Cantidad con Letra (CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL SESENTA Y UN PESOS 78/100 M.N.)

Observaciones: NOMINA 2DA QUINCENA DE ENERO 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