



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 08/12/2017

**Datos Generales del Solicitante**

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL  
 Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL  
 Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor       Trabajador       Organismo       Otro

**Datos de Comprobación**

Periodo a cubrir de 01/12/17 al 15/12/17      Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 423,206.78      Importe comprobado: \_\_\_\_\_      Sobrante/Faltante: \_\_\_\_\_

Viáticos       Fondos revolventes       Subvenciones  
 Gastos a comprobar       Recursos Federales       Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

| Factura, No. Oficio, Nota Venta | Clave Presupuestal |   |   |   |    |   |    |    |      |      |    |   |    |     |                |     |   |   |   | OG |   |       |   |    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |  |              |
|---------------------------------|--------------------|---|---|---|----|---|----|----|------|------|----|---|----|-----|----------------|-----|---|---|---|----|---|-------|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|------------|--|--|--|--------------|
|                                 | CENTRO DE COSTOS   |   |   |   |    |   |    |    |      |      |    |   |    |     | AREA FUNCIONAL |     |   |   |   |    |   | FONDO |   | OG |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |  |              |
|                                 | EP                 | L | O | M | PP | C | TP | PY | E-NE | MPIO | OA | L | FF | AÑO | FF             | AÑO |   |   |   |    |   |       |   |    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |  |              |
| 438                             | 0                  | 1 | 0 | 1 | 0  | 1 | 0  | 0  | 2    | 5    | A  | E | 8  | 5   | A              | S   | 0 | 2 | N | L  | 0 | 1     | 0 | 1  | 1 | 1 | 0 | 1 | 17 | 4 | 1 | 5 | 1 | 0 | 423,206.78 |  |  |  |              |
|                                 |                    |   |   |   |    |   |    |    |      |      |    |   |    |     |                |     |   |   |   |    |   |       |   |    |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |  | \$423,206.78 |

Cantidad con letra: (CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS, 78/100 M.N.)

Concepto del gasto: NOMINA PRIMER QUINCENA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2017

ELABORÓ:

C.P. JUAN C. CÁRDENAS RAMOS

Nombre y firma

RECIBÍ DOCUMENTOS:

Nombre y Firma  
Dirección General de Egresos

**Autorización**

BENEFICIARIO:

INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

CANAL      Nombre del Solicitante  
**12**      **COLIMA GOBIERNO DEL ESTADO**  
**CONTRALORIA GENERAL**  
 REVISIÓN

08 DIC. 2017

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL  
 REVISIÓN DOCUMENTAL

POR

AUTORIZO:

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 14/12/2017

**Datos Generales del Solicitante**

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL  
 Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL  
 Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor

Trabajador

Organismo

Otro

**Datos de Comprobación**

Periodo a cubrir de 01/11/17 al 30/11/17 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 18,452.99 Importe comprobado: \_\_\_\_\_ Sobrante/Faltante: \_\_\_\_\_

Viáticos

Fondos revolventes

Subvenciones

Gastos a comprobar

Recursos Federales

Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

| Factura, No. Oficio, Nota Venta | Clave Presupuestal |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |   |   |   |   | OG |   |       |   |     |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |           |             |
|---------------------------------|--------------------|----|----|-----|----|---|-----|----|------|------|----------------|---|----|---|---|---|---|----|---|-------|---|-----|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|-----------|-------------|
|                                 | CENTRO DE COSTOS   |    |    |     |    |   |     |    |      |      | AREA FUNCIONAL |   |    |   |   |   |   |    |   | FONDO |   | AÑO |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |           |             |
|                                 | EP                 | LP | OP | MPP | PP | C | TPY | PY | E-NE | MPIO | OA             | L | FF |   |   |   |   |    |   |       |   |     |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |           |             |
| 440                             | 0                  | 1  | 0  | 1   | 0  | 1 | 0   | 0  | 2    | 5    | A              | E | 8  | 5 | A | S | 0 | 2  | N | L     | 0 | 1   | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 17 | 4 | 1 | 5 | 1 | 0 | 18 452.99 |             |
|                                 |                    |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |   |   |   |   |    |   |       |   |     |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |           | \$18 452.99 |

Cantidad con letra: (DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS 99/100 M.N.)

Concepto del gasto: RECURSO PARA EL PAGO DE 2% SOBRE NOMINA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2017.

**Autorización**

ELABORÓ

BENEFICIARIO:

AUTORIZO:

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS  
 DIRECCIÓN GENERAL DE EGRESOS  
 DEPTO. DE CONTROL Y SEGUIMIENTO  
**RECIBÍ DOCUMENTOS:**  
**15 DIC. 2017**  
 Nombre y Firma: \_\_\_\_\_  
 Dirección General de Egresos

**ICRIV**  
 INSTITUTO COLIMENSE  
 DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 CANAL 12 REVISÓ  
 Contraloría General  
 Vo. Bo.

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Dependencia solicitante  
**AUTORIZACIÓN ESPECIAL:**  
 Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 14/12/2017

Datos Generales del Solicitante

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN
Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL
Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO
Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL
Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor  Trabajador  Organismo  Otro

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir de 01/11/17 al 30/11/17 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 83,680.55 Importe comprobado: Sobrante/Faltante:

Viáticos  Fondos revolventes  Subvenciones
 Gastos a comprobar  Recursos Federales  Otros (Especificar):

Table with columns: Factura, No. Oficio, Nota Venta; CENTRO DE COSTOS; AREA FUNCIONAL (EP, LP, OP, MPP, PP, C, TP, PY, E-NE, MPIO, OA, L, FF, AÑO); FONDO; OG. Total: 83,680.55

Cantidad con letra: (OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS 55/100 M.N.)

Concepto del gasto: RECURSO POR EL COSTO NETO DE IMSS, CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE DE 2017.

ELABORÓ:

C.P. JUAN C. CÁRDENAS RAMOS

DIRECCION GENERAL DE EGRESOS DEPTO. DE CONTROL Y SEGUIMIENTO RECIBI DOCUMENTOS

15 DIC. 2017

Nombre y Firma Dirección General de Egresos

Autorización

BENEFICIARIO:

ICRTV INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISION

Nombre y firma

CANAL



REVISÓ:



Contraloría General Vo. Bo.

AUTORIZO:

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 14/12/2017

**Datos Generales del Solicitante**

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL  
 Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL  
 Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor

Trabajador

Organismo

Otro

**Datos de Comprobación**

Periodo a cubrir de 01/11/17 al 30/11/17 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 3,322.08 Importe comprobado: \_\_\_\_\_ Sobrante/Faltante: \_\_\_\_\_

Viáticos

Fondos revolventes

Subvenciones

Gastos a comprobar

Recursos Federales

Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

| Factura, No. Oficio, Nota Venta | Clave Presupuestal |    |    |     |    |   |     |    |      |      |    |                |    |     |   |   |       | OG |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |  |  |            |
|---------------------------------|--------------------|----|----|-----|----|---|-----|----|------|------|----|----------------|----|-----|---|---|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----------|--|--|------------|
|                                 | CENTRO DE COSTOS   |    |    |     |    |   |     |    |      |      |    | AREA FUNCIONAL |    |     |   |   | FONDO |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |  |  |            |
|                                 | EP                 | LP | OP | MPP | PP | C | TPY | PY | E-NE | MPIO | OA | L              | FF | AÑO |   |   |       |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |  |  |            |
| 442                             | 0                  | 1  | 0  | 1   | 0  | 1 | 0   | 1  | 0    | 0    | 2  | 5              | A  | E   | 8 | 5 | A     | S  | 0 | 2 | N | L | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 17 | 4 | 1 | 5 | 1 | 0 | 3 322,08 |  |  |            |
|                                 |                    |    |    |     |    |   |     |    |      |      |    |                |    |     |   |   |       |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |  |  |            |
|                                 |                    |    |    |     |    |   |     |    |      |      |    |                |    |     |   |   |       |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |  |  | \$3 322,08 |

Cantidad con letra:

(TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS PESOS 08/100 M N)

Concepto del gasto:

RECURSO APORTACIÓN PATRONAL FONDO DE AHORRO, POR EL MES DE NOVIEMBRE DE 2017.

**Autorización**

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZO:

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS  
 C.P. JUAN CARLOS RAMOS  
 DIRECCIÓN GENERAL DE EGRESOS  
 DEPTO. DE NORMAS Y SEGUIMIENTO

RECIBI DOCUMENTOS:

**RECEBIDO**

Nombre y Firma  
 FIRMA Dirección General de Egresos

**ICRTV**  
 INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

CANAL **12** REVISÓ: **001**

Contraloría General  
 Vo. Bo.

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Dependencia solicitante

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto



[X] Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

[ ] Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 08/12/2017

Datos Generales del Solicitante

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN
Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL
Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO
Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL
Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

[ ] Proveedor [ ] Trabajador [ ] Organismo [ ] Otro

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir de 16/12/17 al 16/12/17 Cantidad de facturas anexas: 1
Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 1,186,816.78 Importe comprobado: Sobrante/Faltante:

[ ] Viáticos [ ] Fondos revolventes [ ] Subvenciones
[ ] Gastos a comprobar [ ] Recursos Federales [ ] Otros (Especificar):

Table with columns for Factura, Centro de Costos, Area Funcional (EP, LP, OP, MPP, PP, C, TP, PY, E-NE, MPIO, OA, L), Fondo (FF, AÑO), and OG. Total value: \$1,186,816.78

Cantidad con letra: (UN MILLON CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS 78/100 M.N.)

Concepto del gasto: SUBSIDIO PARA PAGO DE AGUINALDO Y PRIMA VACACIONAL AL 15 DE DICIEMBRE DE 2017

Autorización

ELABORÓ: [Signature]
C.P. JUAN C. CARDENAS RAMOS
Nombre y firma

BENEFICIARIO: [Signature]
LIC JANET JAZMIN DELGADO MERCADO
dependencia solicitante

AUTORIZÓ: [Signature]

RECIBÍ DOCUMENTOS: [Stamp] 08 DIC. 2017

REVISÓ CONTRALORÍA GENERAL AUTORIZACION ESPECIAL: [Stamp]

Nombre y Firma
Dirección General de Egresos

Contraloría General
DIRECCIÓN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 21/12/2017

**Datos Generales del Solicitante**

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL  
 Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL  
 Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor

Trabajador

Organismo

Otro

**Datos de Comprobación**

Período a cubrir de 16/12/17 al 31/12/17 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 436,094.33 Importe comprobado: \_\_\_\_\_ Sobrante/Faltante: \_\_\_\_\_

Viáticos

Fondos revolventes

Subvenciones

Gastos a comprobar

Recursos Federales

Otros (Especificar): \_\_\_\_\_

| Factura,<br>No. Oficio,<br>Nota Venta | Clave Presupuestal |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |     |   |   |   |   |   |   | OG |   |       |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |              |
|---------------------------------------|--------------------|----|----|-----|----|---|-----|----|------|------|----------------|---|----|-----|---|---|---|---|---|---|----|---|-------|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|------------|--|--|--------------|
|                                       | CENTRO DE COSTOS   |    |    |     |    |   |     |    |      |      | AREA FUNCIONAL |   |    |     |   |   |   |   |   |   |    |   | FONDO |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |              |
|                                       | EP                 | LP | OP | MPP | PP | C | TPY | PY | E-NE | MPIO | OA             | L | FF | AÑO |   |   |   |   |   |   |    |   |       |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  |              |
| 443                                   | 0                  | 1  | 0  | 1   | 0  | 1 | 0   | 0  | 2    | 5    | A              | E | 8  | 5   | A | S | 0 | 2 | N | L | 0  | 1 | 0     | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 17 | 4 | 1 | 5 | 1 | 0 | 436.094,33 |  |  |              |
|                                       |                    |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |     |   |   |   |   |   |   |    |   |       |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |   |            |  |  | \$436.094,33 |

Cantidad con letra: (CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS 33/100 M.N.)

Concepto del gasto: NOMINA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2017

**Autorización**

ELABORÓ: [Firma] BENEFICIARIO: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

**ICRTV**

INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Nombre y firma

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

CANAL **12** REVISÓ: [Firma]

Contraloría General

V. B. Secretario de Planeación y Finanzas

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Nombre y Firma

Dirección General de Egresos

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DE EGRESOS  
DEPTO. DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

RECIBÍ DOCUMENTOS:  
**22 DIC, 2017**

RECIBIDO

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA  
REVISIÓN CONTABLE  
POR: [Firma]  
22 DIC 2017

P.A.

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 21/12/2017

**Datos Generales del Solicitante**

Clave y nombre de dependencia: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN  
 Clave y nombre de dirección: DIRECCIÓN GENERAL  
 Nombre del funcionario facultado: LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
 Puesto del funcionario facultado: DIRECTORA GENERAL  
 Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor       Trabajador       Organismo       Otro

**Datos de Comprobación**

Periodo a cubrir de 01/12/17 al 15/12/17      Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$ 7,213.38      Importe comprobado:      Sobrante/Faltante:

Viáticos       Fondos revolventes       Subvenciones  
 Gastos a comprobar       Recursos Federales       Otros (Especificar):

| Factura, No. Oficio, Nota Venta | Clave Presupuestal |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |     |   |   |   |   |   |   | OG |   |       |   |     |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |            |
|---------------------------------|--------------------|----|----|-----|----|---|-----|----|------|------|----------------|---|----|-----|---|---|---|---|---|---|----|---|-------|---|-----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----------|------------|
|                                 | CENTRO DE COSTOS   |    |    |     |    |   |     |    |      |      | AREA FUNCIONAL |   |    |     |   |   |   |   |   |   |    |   | FONDO |   | AÑO |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |            |
|                                 | EP                 | LP | OP | MPP | PP | C | TPY | PY | E-NE | MPIO | OA             | L | FF | AÑO |   |   |   |   |   |   |    |   |       |   |     |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          |            |
| 444                             | 0                  | 1  | 0  | 1   | 0  | 1 | 0   | 0  | 2    | 5    | A              | E | 8  | 5   | A | S | 0 | 2 | N | L | 0  | 1 | 0     | 1 | 1   | 1 | 0 | 1 | 17 | 4 | 1 | 5 | 1 | 0 | 7.213,38 |            |
|                                 |                    |    |    |     |    |   |     |    |      |      |                |   |    |     |   |   |   |   |   |   |    |   |       |   |     |   |   |   |    |   |   |   |   |   |          | \$7.213,38 |

Cantidad con letra: (SIETE MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS 38/100 M.N.)

Concepto del gasto: SUBSIDIO PARA PAGO DE AGUINALDO PROPORCIONAL AL 21 DE DICIEMBRE DE 2017

**Autorización**

**ELABORÓ:** **BENEFICIARIO:**

SECRETARIA DE PLANEACION Y FINANZAS  
DIRECCION GENERAL DE EGRESOS  
CP. JUAN S. CARDENAS RAMO  
DEPTO. DE...  
Nombre y firma

INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISION  
CANAL 2 COLIMA  
Nombre y firma

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO  
Dependencia solicitante

**RECIBI DOCUMENTOS:** **REVISÓ:**

22 DIC. 2017  
22 DIC. 2017

**AUTORIZACIÓN ESPECIAL:**

Contraloría General  
Vo. Bo.

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, MPP: Modalidad programática, PP: Programa propietario, C: Componente, TPY: Tipo de proyecto, PY: Proyecto, E-NE: Gasto etiquetado y no etiquetado, MPIO: Municipio, OA: Obra acción, L: Localidad, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto