

14/06/19

Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 12/06/2019

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 JAZMÍN 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 01/06/19 al 15/06/19 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$505,818.40 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	T	MPIO	L	OA	FF	FF	FF																					
599	0	1	0	1	0	1	0	0	4	3	Z	E	8	5	A	0	3	R	V	L	0	1	0	1	1	1	1	0	1	19	4	1	5	1	0	505,818.40
																			</																	

