



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 13/11/2019

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 01/11/19 al 15/11/19 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$483,706.02 Importe comprobado: _____ Sobrante/Faltante: _____

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

Factura, No. Oficio, Nota Venta	Clave Presupuestal																																					
	CENTRO DE COSTOS									AREA FUNCIONAL						FONDO					OG																	
	EP	L	O	M	PP	PP	C	TP	PY	T	M	L	OA	FF	AN	OG	OG	OG	OG																			
647	0	1	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	483,706.02
																																						\$483,706.02

Cantidad con letra: (CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SEIS PESOS 02/100 M.N.)

Concepto del gasto: NOMINA PRIMER QUINCENA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2019.

Autorización

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

BENEFICIARIO:

AUTORIZÓ: [Firma]
 LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO
 Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

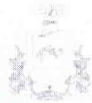
Nombre y Firma
 Dirección General de Egresos

REVISÓ: [Firma]
 14 NOV. 2019
 Contraloría General
 DIRECCIÓN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL
 REVISIÓN DOCUMENTAL

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, T: Transversalidad, MPIO: Municipio, L: Localidad, OA: Obra acción, FF: Fuente de financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 27/11/2019

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 16/11/19 al 30/11/19 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$500,826.75 Importe comprobado: _____ Sobrante/Faltante: _____

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

Factura, No. Oficio, Nota Venta	Clave Presupuestal																				OG	Monto																				
	CENTRO DE COSTOS										AREA FUNCIONAL												FONDO		AÑO																	
	EP	LP	OP	MPP	PP	C	TPY	PY	T	MPIO	L	OA	FF	FF	FF	FF	FF	FF																								
653	0	1	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	500,826.75				
																																										\$500,826.75

Cantidad con letra: (QUINIENTOS MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS 75/100 M.N.)

Concepto del gasto: **NOMINA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2019.**

Autorización

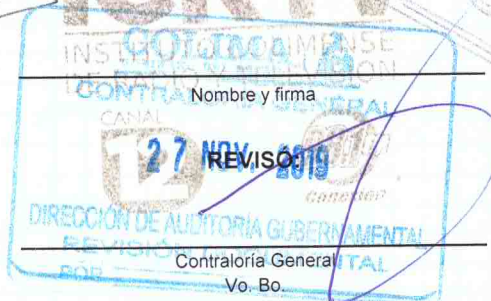
ELABORÓ: [Firma]
C.P. JUAN CARLOS GARDENAS RAMOS
Nombre y firma

BENEFICIARIO:

AUTORIZO: [Firma]
LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO
Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

Nombre y Firma
Dirección General de Egresos



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, T: Transversalidad, MPIO: Municipio, L: Localidad, OA: Obra acción, FF: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto