

FO-03-03-050

Solicitud de Orden de Pago.
 Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 14/01/2020

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 01/01/2020 al 15/01/2020 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$746,551.68 Importe comprobado: _____ Sobrante/Faltante: _____

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

Factura, No. Oficio, Nota Venta	Clave Presupuestal											FONDO	OG										
	CENTRO DE COSTOS										AREA FUNCIONAL				FF	AÑO							
	EP	LP	OP	CP	PP	C	PY	ODS	M	MPIO	L							OA					
668	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	43AE85A03PFK0101	1	5	1	0	1	20	4	1	5	1	0	\$ 746,551.68
																							\$ 746,551.68

Cantidad con letra: (SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 68/100M.N.)

Concepto del gasto: NÓMINA PRIMER QUINCENA DEL MES DE ENERO DE 2020.

Autorización

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZÓ:

C.P. JUAN CARLOS CÁRDENAS RAMOS

Nombre y firma

Nombre y firma

LICDA. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

14 ENE. 2020

CONTRALORÍA GENERAL

14 ENE 2020

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Nombre y firma
Dirección General de Egresos

Contraloría General

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de política, OP: Objetivo de política, CP: Clasificación programática, PP: Programa presupuestario, C: Componente, PY: Proyecto, ODS: Objetivos de desarrollo sostenible, M: Metas, MPIO: Municipio, 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: 27/06/2019

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 **01/05/19** al **31/05/19** Cantidad de facturas anexas: **1**

Número de Acreedor: **100559**

Importe solicitado: **\$9,412.56** 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	L	P	O	M	PP	PP	C	TP	PY	T	M	PI	L	OA	FF	FF																						
604	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	9,412.56	
																																							\$9,412.56

Cantidad con letra: (NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS 56/100 M.N.)

Concepto del gasto: **RECURSO APORTACION PATRONAL FONDO DE AHORRO POR EL MES DE MAYO DE 2019.**

Autorización

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZÓ:

C.P. JUAN CARLOS CÁRDENAS RAMOS

Nombre y firma

INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Nombre y firma

LIC. JANET JAZMÍN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

REVISÓ:

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

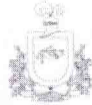
Nombre y Firma
Dirección General de Egresos

Contraloría General

No. 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, 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: 12/07/2019

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 30/06/19 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$9,412.56 Importe comprobado: _____ Sobrante/Faltante: _____

Viáticos

Fondos revolventes

Subvenciones

Gastos a comprobar

Recursos Federales

Otros (Especificar): _____

Factura, No. Oficio, Nota Venta	Clave Presupuestal																			9,412.56																		
	CENTRO DE COSTOS										AREA FUNCIONAL							FONDO			OG																	
	EP	LP	OP	MPP	PP	C	TPY	PY	T	MPIO	L	OA	FF	AÑO																								
611	0	1	0	1	0	1	0	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	9,412.56	
																																						\$9,412.56

Cantidad con letra: (NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS 56/100 M.N.)

Concepto del gasto: **RECURSO APORTACION PATRONAL FONDO DE AHORRO POR EL MES DE JUNIO DE 2019.**

Autorización

ELABORÓ:

C.P. JUAN CARLOS GARDENAS RAMOS

Nombre y firma

BENEFICIARIO:

INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

CANAL Nombre y firma

AUTORIZÓ:

LIC. JANET JAZMÍN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS
RECIBÍ DOCUMENTOS:
DEPTO. DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Nombre y Firma
12 JUL. 2019
Dirección General de Egresos

REVISÓ:

CONTRALORIA GENERAL

Contraloría General
Vo. Bo.

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: 12/09/2019

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 **01/08/19** al **31/08/19** Cantidad de facturas anexas: **1**

Número de Acreedor: **100559**

Importe solicitado: **\$9,504.84** 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																										
629	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	9,504.84	
																																							\$9,504.84

Cantidad con letra: (NUEVE MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS 84/100 M.N.)

Concepto del gasto: **RECURSO APORTACION PATRONAL FONDO DE AHORRO POR EL MES DE AGOSTO DE 2019.**

Autorización

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZO:

C.P. JUAN CARLOS GARDENAS RAMOS

Nombre y firma

Nombre y firma

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

COREVISÓ:

AUTORIZACION ESPECIAL:

Nombre y Firma
Dirección General de Egresos

Contraloría General

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: Operación, FE: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto



Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: 12/12/2019

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 30/11/19 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: \$24,850.00 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	AÑO																												
660	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	9,966.24				
																																										\$9,966.24

Cantidad con letra: (NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS 24/100 M.N.)

Concepto del gasto: RECURSO APORTACION PATRONAL FONDO DE AHORRO POR EL MES DE NOVIEMBRE DE 2019.

Autorización

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZO:

C.P. JUAN CARLOS CARDENAS RAMOS

Nombre y firma

Nombre y firma

LIC. JANET JAZMIN DELGADO MERCADO

Dependencia solicitante

RECIBI DOCUMENTOS:

12 DIC. 2019

REVISÓ:

12 DIC. 2019

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Nombre y Firma
Dirección General de Egresos

DIRECCIÓN GENERAL DE CUENTAS GUBERNAMENTALES
REVISIÓN DOCUMENTAL

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