

Solicitud de Orden de Pago.

FO-03-03-050

Comprobación de Gastos.

Fecha de solicitud: **17/01/2022**

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: _____

Puesto del funcionario facultado: _____

Beneficiario: INSTITUTO COLIMENSE DE RADIO Y TELEVISIÓN

Proveedor

Trabajador

Organismo

Otro

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir de 17/01/22 al 17/01/22 Cantidad de facturas anexas: 1

Número de Acreedor: 100559

Importe solicitado: **\$ 645,204.40** Importe comprobado: _____ Sobrante/Faltante: _____

Viáticos

Fondos revolventes

Subvenciones

Gastos a comprobar

Recursos Federales

Otros (Especificar): _____

Factura, No. Oficio, Nota Venta	Clave Presupuestal													IMPORTE															
	CENTRO DE COSTOS										AREA FUNCIONAL				FONDO		OG												
	EP - LP - O - CP - PP - C - AP - ODS - M - MPIO - L - OA	FF	AÑO																										
F992	0	1	1	0	1	1	0	0								51ZE85A03PFL0101	1	1	1	0	1	22	4	1	5	1	0	645,204.40	

\$ 645,204.40

Cantidad con letra: (SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS 40/100 M.N.)

Concepto del gasto: **NÓMINA ESPECIAL, CANASTA BASICA. (DEPOSITAR A LA CUENTA BANCARIA 0156796249 CON CLABE INTERBANCARIA 012090001567962497 DEL BANCO BBVA BANCOMER).**

Autorización

ELABORÓ:

BENEFICIARIO:

AUTORIZÓ:

C.P. JUAN CARLOS CORDERAS RAMOS

C.P. JUAN CARLOS CORDERAS RAMOS

Nombre y firma

Nombre y firma

Dependencia solicitante

RECIBÍ DOCUMENTOS:

REVISOR:

AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Nombre y Firma
Dirección General de Egresos

Canal
Contraloría General

Secretario de Planeación y Finanzas

EP: Eje de Política, LP: Línea de Política, O: Objeto, CB: Clasificación Programática, PR: Programa Presupuestario, C: Componente, AP: Actividad o Proyecto, ODS: Objetivos de desarrollo sostenible, M: Metas 2030, MPIO: Municipio, L: Localidad, OA: Obra acción, FP: Fuente de Financiamiento, OG: Objeto del Gasto

FIRMA:

TONO:

