



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS  
SECRETARÍA DE HACIENDA  
FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE ORDEN DE PAGO A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS**

**SH-TE-CF-FDOPPC-0012**

**NOMBRE DE LA DEPENDENCIA A LA CUAL SE LE DEVUELVEN ORDENES DE PAGO(3)**

<b>FECHA DE EXPEDICIÓN (1)</b>		
<b>No. DE ORDEN DE DEVOLUCIÓN (2)</b>		

**DATOS DE LA ORDEN DE PAGO QUE SE DEVUELVE (4)**

a) CONSECUTIVO	b) NÚMERO DE ORDEN DE PAGO	c) CONCEPTOS DE LA DEVOLUCION							d) IMPORTE DE CADA ORDEN DE PAGO DEVUELTA
		RFC INCORRECTO	BENEFICIARIO NO CORRESPONDE AL TITULAR DE LA CUENTA	CUENTA Y CLABE INCORRECTAS	DUPLICIDAD DE FOLIOS	IMPORTE INCORRECTOS	INSUFICIENCIA DE SALDO DE LA MINISTRACIÓN	OTROS	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
<b>e) IMPORTE CON LETRA</b>								<b>f) IMPORTE TOTAL DE ORDENES DEVUELTAS</b>	

OBSERVACIONES

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE DEVUELVE LA ORDEN DE PAGO (5)**

**SELLO (6)**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA ORDEN DE PAGO DEVUELTA (7)**

**C.P. MARIA EUGENIA CAMACHO CÁCERES  
JEFA DEL DEPTO. DE CONTROL DE FONDOS**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS  
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA  
ORDEN DE PAGO A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS**

**SH-TE-CF-OPPC-0011**



**CONTRARECIBO  
SH-TE-CF-OPPC-0011**

<b>DEPOSITESÉ CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA DEPENDENCIA (3)</b>

<b>FECHA DE EXPEDICIÓN (1)</b>
<b>No. DE ORDEN DE DEVOLUCIÓN (2)</b>

<b>DEPENDENCIA (3)</b>	
<b>CLAVE</b>	<b>DESCRIPCION</b>

a) NOMBRE DEL PROYECTO	b) NO. DE MINISTRACION	c) FONDO CENTRALIZADO	d) FONDO FINANCIERO	e) FUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESUPUESTAL	f) SUBFUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESUPUESTAL	g) IMPORTE
<b>h) IMPORTE CON LETRA</b>				<b>i) TOTAL A DEPOSITAR</b>		

<b>FECHA DE EXPEDICIÓN: (1)</b>		
DÍA	MES	AÑO
<b>NUMERO DE ORDEN DE PAGO</b>		

<b>DATOS DEL PROVEEDOR Y CONTRATISTA (5)</b>											
<b>a) RFC</b>		<b>b) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL BENEFICIARIO</b>									
<b>c) BANCO</b>		<b>d) NO. DE CUENTA</b>			<b>e) CLABE INTERBANCARIA</b>		<b>f) TIPO DE ADJUDICACION</b>				
<b>g) CONTRATO</b>		<b>h) ESTIMACION</b>				<b>i) FACTURA, RECIBO Y/O DOCUMENTO QUE GENERA EL PAGO</b>					
FOLIO	IMPORTE	IVA	RETENCION		IMPORTE TOTAL	FOLIO	IMPORTE	IVA	RETENCION		IMPORTE TOTAL
			2%	OTROS					2%	OTROS	

<b>DATOS DEL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA</b>	
<b>a) RFC</b>	
<b>b) BENEFICIARIO</b>	
<b>c) BANCO</b>	<b>d) No. DE CUENTA</b>
<b>e) TOTAL A DEPOSITAR</b>	

<b>OBSERVACIONES</b>

LA EMISION DE ESTE DOCUMENTO ES RESPONSABILIDAD DE LA DEPENDENCIA QUE LO ELABORA.

SOLICITA (6)

AUTORIZA (7)

SELLO (8)

\_\_\_\_\_  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO  
ADMINISTRATIVO Y/O DIRECTOR DE  
ADMINISTRACIÓN

\_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA

<b>SELLO DESPACHADO (8)</b>	<b>SELLO DE RECIBIDO (9)</b>



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS  
(NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO)  
SOLICITUD DE RECURSOS**

**SH-TE-CF-SR-0010**

<b>FECHA DE EXPEDICIÓN (1)</b>		
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
<b>NÚMERO DE SOLICITUD (2)</b>		

<b>DEPOSÍTESE CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: (3)</b>	
<b>CONCEPTO: (4)</b>	
<b>TIPO DE GASTO: (5)</b>	<b>IMPORTE (6)</b>
<b>IMPORTE CON LETRA: (7)</b>	

<b>SOLICITA (8)</b>
<b>JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO Y/ O DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN</b>

<b>SELLO(10)</b>

<b>Vo. Bo. (9)</b>
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD</b>



**Gobierno del Estado de Chiapas**  
**(Nombre del Organismo Público)**  
**Programa de Pago a Proveedores y Contratistas por Descuento Financiero**  
**Electrónico "Cadenas Productivas"**

**SH-TE-CF-SR-0010A**

Fecha de Expedición (1)		
Día	Mes	Año
Número de Solicitud (2)		

<b>DEPÓSITASE CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: (3)</b>	
<b>CONCEPTO: (4)</b>	
<b>TIPO DE GASTO: (5)</b>	<b>IMPORTE (6)</b>
<b>IMPORTE CON LETRA: (7)</b>	

**LA APLICACIÓN Y EJERCICIO DE GASTO DE LOS RECURSOS SOLICITADOS A TRAVÉS DE ESTE DOCUMENTO ES RESPONSABILIDAD DE LA DEPENDENCIA QUE LO EMITE.**

<b>SOLICITA (8)</b>
<b>JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO Y/ O DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN</b>

<b>SELLO(10)</b>

<b>Vo. Bo. (9)</b>
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD</b>



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS  
(NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN**

SH-TE-CF-CA-0020

Tengo a bien autorizar a usted, para que a partir de esta fecha, los pagos que se me efectúen por conducto de esa Dependencia sean depositados a la cuenta de cheques, como a continuación detallo:

<b>SELLO (3)</b>
------------------

<b>PERSONA (1)</b>		
<b>FÍSICA</b> <input type="radio"/>	<b>MORAL</b> <input type="radio"/>	
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN (2)</b>		
<b>DÍA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>

<b>R.F.C. (4)</b>		<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL (5)</b>		<b>DOMICILIO (6)</b>		<b>TELEFONO (7)</b>		
<b>ACTIVIDAD (8)</b>								
<b>ACREDITACION</b>								
<b>ESCRITURA PÚBLICA (9)</b>				<b>NOTARIO PÚBLICO (10)</b>				
NÚMERO				NOMBRE:				
FECHA				No. DE NOTARIA:				
<b>DATOS DE LA CUENTA</b>								
<b>BANCO(11)</b>		<b>PLAZA(12)</b>		<b>NUM. Y NOMBRE DE SUC. (13)</b>		<b>NOMBRE DE LA CUENTA(14)</b>		
<b>No. DE CUENTA (15)</b>		<b>TIPO DE CUENTA (16)</b>		<b>No. DE REFERENCIA (17)</b>		<b>TIPO DE CONVENIO (18)</b>	<b>No. DE CONVENIO (19)</b>	<b>No. DE CLABE (20)</b>
<b>AUTORIZA (21)</b>								
<b>NOMBRE:</b>								
<b>CARGO:</b>								
<b>FIRMA:</b>								

**NOTA:** En caso de cancelación de la cuenta o modificación de cualquier dato reportado, con 48 horas de anticipación deberá enviar a ésta Dependencia, el aviso de cambio, referenciando la fecha de expedición de la anterior, con la siguiente leyenda:  
(QUEDA SIN EFECTO LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_)



**INFORME DE SALDOS BANCARIOS EN CUENTAS  
MAESTRAS A INVERTIR EN MESA DE DINERO**

**SH-TE-GFI-ISBC-0020**

ORGANISMO PUBLICO \_\_\_\_\_ **(1)**

FECHA: \_\_\_\_\_ **(2)**

No. DE CTA. MAESTRA	BANCO	SALDO INICIAL DISPONIBLE	MOVIMIENTOS DEL DÍA: <b>(6)</b>		SALDO DISPONIBLE AL DÍA: <b>(9)</b>	MONTO DE GASTOS EMERGENTES	MONTO PARA INVERTIR LOS DÍAS: <b>(12)</b>
			CARGOS	ABONOS			
<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>	<b>(7)</b>	<b>(8)</b>	<b>(10)</b>	<b>(11)</b>	<b>(13)</b>
TOTAL <b>(14)</b>							

**JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO**

\_\_\_\_\_  
**(15)**  
**NOMBRE Y FIRMA**

**FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN:**

\_\_\_\_\_  
**(16)**

**NOTA:** Este formato deberá enviarse a la Tesorería de la Secretaría de Hacienda. a las 14:00 horas de los días (Lunes, Miércoles y Viernes) o el día hábil siguiente a las 9:00 a.m.



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS  
(NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO)  
MODIFICACION DE DATOS DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS (AVISO DE CAMBIO)**

**SH-TE-CF-MDPC-0030**

Tengo a bien autorizar a usted, para que a partir de esta fecha, los pagos que se me efectúen por conducto de esa Dependencia sean depositados a la cuenta de cheques, como a continuación detallo:

<b>SELLO (3)</b>
------------------

<b>PERSONA (1)</b>		
FÍSICA <input type="radio"/>	MORAL <input type="radio"/>	
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN (2)</b>		
DÍA	MES	AÑO

<b>R.F.C. (4)</b>		<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL (5)</b>		<b>DOMICILIO (6)</b>		<b>TELEFONO (7)</b>					
<b>ACTIVIDAD (8)</b>											
<b>ACREDITACION</b>											
<b>ESCRITURA PÚBLICA (9)</b>				<b>NOTARIO PÚBLICO (10)</b>							
NÚMERO				NOMBRE:							
FECHA				No. DE NOTARIA:							
<b>DATOS DE LA CUENTA</b>											
<b>BANCO(11)</b>		<b>PLAZA(12)</b>		<b>NUM. Y NOMBRE DE SUC. (13)</b>		<b>NOMBRE DE LA CUENTA(14)</b>					
<b>No. DE CUENTA (15)</b>		<b>TIPO DE CUENTA (16)</b>		<b>No. DE REFERENCIA (17)</b>		<b>TIPO DE CONVENIO (18)</b>		<b>No. DE CONVENIO (19)</b>		<b>No. DE CLABE (20)</b>	
<b>AUTORIZA (21)</b>											
<b>NOMBRE:</b>											
<b>CARGO:</b>											
<b>FIRMA:</b>											

**NOTA:** (QUEDA SIN EFECTO LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE FECHA \_\_\_\_\_ (22) \_\_\_\_\_)

FORMATO DE REINTEGRO		
FECHA DE EXPEDICIÓN		
AÑO	MES	DÍA
	(2)	
NUMERO DE FOLIO		
(3)		

DEPENDENCIA
(1)

**NOMBRE**  
 TESORERO DE LA SRÍA. DE HACIENDA  
 PALACIO DE GOBIERNO, PLANTA BAJA  
 CIUDAD

POR ESTE MEDIO ME PERMITO ENVIAR A USTED, COPIA AL CARBÓN DE LA(S) FICHA(S) DE DEPÓSITO DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA \_\_\_\_\_, QUE AMPARAN(N) LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) } (4)  
 POR EL SIGUIENTE CONCEPTO:

MARCAR CON UNA "X" EL CONCEPTO QUE CORRESPONDA.

IMPORTES

RECURSOS DISPONIBLES EN TESORERÍA ÚNICA	<input type="radio"/>	GASTO CORRIENTE	<input type="radio"/>	EJERCICIO	_____	_____
RECURSOS DISPONIBLES EN TESORERÍA ÚNICA	<input type="radio"/>	GASTO DE INVERSIÓN	<input type="radio"/>	EJERCICIO	_____	_____
RETENCIONES 5 AL MILLAR INSP. Y VIG.	<input type="radio"/>	RAMO _____ FONDO _____		EJERCICIO	_____	_____
RETENCIÓN 1% OBRAS DE BENEF. SOCIAL	<input type="radio"/>				_____	_____
PAGO TOTAL DE ORDEN DE PAGO	<input type="radio"/>	NUM. DE O.P. _____		FECHA O.P. _____	_____	_____
ABONO PARCIAL DE ORDEN DE PAGO	<input type="radio"/>	NUM. DE O.P. _____		FECHA O.P. _____	_____	_____
PAGO TOTAL DE ANTICIPO DE MINISTRACIÓN	<input type="radio"/>	NUM. DE A.M. _____		FECHA A.M. _____	_____	_____
ABONO PARCIAL DE ANTICIPO DE MINISTRACIÓN	<input type="radio"/>	NUM. DE A.M. _____		FECHA A.M. _____	_____	_____
CANCELACIÓN TOTAL DE MINISTRACIÓN	<input type="radio"/>	NUM. DE MIN. _____		FECHA MIN _____	_____	_____
CANCELACIÓN PARCIAL DE MINISTRACIÓN	<input type="radio"/>	NUM. DE MIN. _____		FECHA MIN _____	_____	_____
REINT. PPTALES DE AÑOS ANTERIORES	<input type="radio"/>	NUM. DE MIN. _____		FECHA MIN _____	_____	_____
SUELDOS (ANEXAR HOJA DE CÁLCULO)	<input type="radio"/>	REAL <input type="radio"/>		VIRTUAL <input type="radio"/>	_____	_____
RECURSOS FEDERALES	<input type="radio"/>	RAMO _____ FONDO _____		EJERCICIO _____	_____	_____
REFRENDOS	<input type="radio"/>	NUM. DE MIN. _____		FECHA MIN _____	_____	_____
		RAMO _____ FONDO _____		EJERCICIO _____	_____	_____
OTROS	<input type="radio"/>	_____		_____	_____	_____
		_____		_____	_____	_____
		_____		_____	TOTAL \$	(6)

LO ANTERIOR PARA LA EMISIÓN DEL RECIBO OFICIAL CORRESPONDIENTE

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
 (7)  
 JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO

- EL TOTAL DE LOS IMPORTES DEBE COINCIDIR CON LA CANTIDAD MENCIONADA EN LA PARTE SUPERIOR.
- TODA DOCUMENTACIÓN SOPORTE DEBERÁ SER EN ORIGINAL Y COPIA
- SOLICITAR RECIBO OFICIAL A MAS TARDAR 30 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE HABER EFECTUADO EL DEPÓSITO
- RETENCIONES A TERCEROS (I.S.S., I.S.R.) ANEXAR FORMATO 02 Y 03 SEGÚN CORRESPONDA Y ENTERARLO A MAS TARDAR 5 DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE QUE CORRESPONDA
- RECUPERACIÓN DE ACTIVOS (INDICAR VALOR EN LIBROS Y COPIA DE LA FACTURA)

NOTA: ENTREGAR FORMATO Y DOCUMENTACIÓN EN LA OFICINA DE INGRESOS DE TESORERÍA



## INFORME DEL I.S.S.S. RETENIDO

SH-TE-CF-ISSS-0070

ORGANISMO PUBLICO: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TRABAJADOR	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	CURP	IMPORTE DE SUELDOS Y SALARIOS PAGADOS EN EFECTIVO AL TRABAJADOR	IMPORTE DE I.S.S.S. RETENIDO AL TRABAJADOR	CRÉDITO AL SALARIO PAGADO EN EFECTIVO	PERIODO DE LA RETENCIÓN DE I.S.S.S.	FECHA DE DEPÓSITO EN LA CUENTA No. 179-117405 DE LA TESORERÍA ÚNICA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA.
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
	<b>TOTALES</b>		(12)	(12)	(12)		



### INFORME DEL 10% DE I.S.R. RETENIDO

SH-TE-CF-ISR-0080

ORGANISMO PÚBLICO: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

NOMBRE	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	CURP	IMPORTE DE LA OPERACIÓN SIN I.V.A.	10% DE I.S.R. RETENIDO	CONCEPTO DE LA OPERACIÓN	PERIODO DE LA RETENCIÓN	FECHA DE DEPÓSITO EN LA CUENTA No. 179-117405 DE LA TESORERÍA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA.
(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	<b>TOTALES</b>		(11)	(11)	(11)		



## FORMATO ÚNICO

SH-TE-APF-AMOP-080

TIPO DE REQUERIMIENTO :  ANTICIPO DE MINISTRACION  
(1)  PRÉSTAMO (2)  
 PRÉSTAMO PUENTE

FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

<input type="radio"/> ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA	<input type="radio"/> ADMINISTRACIÓN PARAESTATAL (3)	<input type="radio"/> OTROS
IMPORTE:	(4)	
CONCEPTO:	(5)	
CUENTA BANCARIA A DEPOSITAR:	(6)	
No. CTA.		
CLABE INTERBANCARIA		
DENOMINACIÓN		
BANCO		
TIPO DE CUENTA	_____ MAESTRA _____ BALANCE CERO _____	
PLAZO DE LIQUIDACIÓN Y/O AMORTIZACIÓN: (TRÁMITE PRESUPUESTARIO)	(7)	
FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE PAGO PARA LOS SIGUIENTES CASOS:	(8)	
A) ANTICIPO DE MINISTRACIÓN:	_____	
B) PRÉSTAMO:	_____	
C) PRÉSTAMO PUENTE:	_____	
OBSERVACIONES:	(9)	

SOLICITA
(10)
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ORGANISMO PÚBLICO
CARGO





CÉDULA DE PASIVOS TRASLADADOS A LA TESORERÍA ÚNICA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA

SH-TE-DCF-CPTT-0120

(1)  
RELACIÓN DE PASIVOS NO PAGADOS

BENEFICIARIO	No. DE RECIBO OFICIAL	CÉDULA DEL GASTO	FECHA	IMPORTE
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
TOTAL				(6)

CERTIFICO QUE LOS IMPORTES AQUÍ MENCIONADOS CORRESPONDEN A LOS PASIVOS QUE EFECTIVAMENTE NO HA LIQUIDADADO A TRAVÉS DE LA EXPEDICIÓN DE CHEQUES, LA DEPENDENCIA A MI CARGO, LOS CUALES SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN EL REPORTE DE PASIVO CIRCULANTE EMITIDO AL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_.

(7)

(8)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

(9)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O  
JEFE DE UNIDAD DE APOYO  
ADMINISTRATIVO



CÉDULA DE PASIVOS TRASLADADOS A LA TESORERÍA ÚNICA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA

SH-TE-CF-RCEC-0130

(1)  
RELACIÓN DE CHEQUES EXPEDIDOS NO COBRADOS

BENEFICIARIO	NO. DE CUENTA BANCARIA	No. DE RECIBO OFICIAL	NO. CHEQUE	CÉDULA DEL GASTO	FECHA	IMPORTE
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
					TOTAL	(8)

CERTIFICO QUE LOS IMPORTES AQUÍ MENCIONADOS CORRESPONDEN A LOS PASIVOS QUE EFECTIVAMENTE HA LIQUIDADO LA DEPENDENCIA A MI CARGO, A TRAVÉS DE LA EXPEDICIÓN DE CHEQUES, LOS CUALES SE ENCONTRABAN EN CIRCULACIÓN A LA FECHA DE LA CANCELACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA A LA QUE PERTENECEN, MISMOS QUE ESTÁN INCLUIDOS EN EL REPORTE DE PASIVO CIRCULANTE EMITIDO AL \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_.

(9)

(10)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

(11)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O  
JEFE DE UNIDAD DE APOYO  
ADMINISTRATIVO





**DEVOLUCIÓN DE COMPROBANTES DE PAGOS CANCELADOS  
(NÓMINA ELECTRÓNICA)**

**SH-TE-CF-DCPC-0150**

COORDINACIÓN REGIONAL DE RECAUDACIÓN: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

COMPROBANTES DE PAGOS DEVUELTOS DE \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ FECHA DE EMISIÓN \_\_\_\_\_ (4) DE \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA: \_\_\_\_\_ (5) BANCO \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_ No. DE OFICIO DE REFERENCIA \_\_\_\_\_ (7) \_\_\_\_\_

No.	NÚMERO DE ENLACE	R.F.C.	BENEFICIARIO	CLAVE NOMINAL	No. DE COMPROBANTE	IMPORTE LÍQUIDO	OBSERVACIONES
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
	TOTALES		(11)	(11)	(11)		

TOTAL DE COMPROBANTES: \_\_\_\_\_ **(16)** \_\_\_\_\_

TOTAL IMPORTE LÍQUIDO \$ \_\_\_\_\_ **(17)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (18) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

**ELABORO** (19)

**AUTORIZO** (20)

\_\_\_\_\_  
JEFE DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

\_\_\_\_\_  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMITIVO.  
DIRECTOR Y/O SUPERVISOR