



**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)

FECHA DE EXPEDICIÓN (1)	
No. DE ORDEN DE DEVOLUCIÓN (2)	

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

a) CONSECUTIVO	b) NÚMERO DE ORDEN DE PAGO	c) CONCEPTOS DE LA DEVOLUCIÓN							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	IMPORTES INCORRECTOS	INSUFICIENCIA DE SALDO DE LA MINISTRACIÓN	OTROS	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
e) IMPORTE CON LETRA								f) IMPORTE TOTAL DE ORDENES DEVUELTAS	

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)

JEFE DEL DEPTO. DE CONTROL DE FONDOS

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

CONTRARECIBO
SH-TE-CF-OPPC-0011

SH-TE-CF-OPPC-0011

DEPOSITESÉ CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA DEPENDENCIA (3)	
(Clave)	(Nombre de la dependencia)

FECHA DE EXPEDICIÓN (1)		
No. DE ORDEN DE PAGO (2)		

DEPENDENCIA (3)	
CLAVE	DESCRIPCION

a) NOMBRE DEL PROYECTO	b) CAPITULO DE GASTO	c) IMPORTE DE CAP. DE GASTO	d) NO. DE MINISTRACION	e) FONDO CENTRALIZADO	f) FONDO FINANCIERO	g) FUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESUPUESTAL	h) SUBFUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESUPUESTAL	i) IMPORTE
				(Nombre del fondo)	(Nombre del fondo)			
j) IMPORTE CON LETRA:							k) TOTAL A DEPOSITAR	

FECHA DE EXPEDICIÓN: (1)		
DIA	MES	AÑO
NUMERO DE ORDEN DE PAGO		

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

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

OBSERVACIONES

LA EMISIÓN DE ESTE DOCUMENTO ES RESPONSABILIDAD DE LA DEPENDENCIA QUE LO ELABORA, ASI COMO; ES RESPONSABLE DEL TRAMITE PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE ADJUDICACION DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 22 DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES Y CONTRATACION DE SERVICIOS PARA EL ESTADO DE CHIAPAS.

AUTORIZA (6)

SELLO (7)

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

SELLO DESPACHADO (8)	SELLO DE RECIBIDO (9)



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
(NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO)
FORMATO DE FONDO REVOLVENTE**



SH-TE-CF-FFR-0010

FECHA DE EXPEDICIÓN (1)		
DIA	MES	AÑO
NÚMERO DE FORMATO(2)		

DEPOSITÉSE CON CARGO AL ORGANISMO PÚBLICO: (3)			
NÚMERO DE MINISTRACIÓN Y TIPO: (4)			
FONDO CENTRALIZADO: (5)			
FUENTE DE FINANCIAMIENTO FINANCIERA: (6)			
FUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESUPUESTAL: (7)			
CAPITULO DE GASTO: (8)		IMPORTE DEL CAPITULO: (8^a)	
PARTIDA DE GASTO: (9)			
CLAVE	IMPORTE	CLAVE	IMPORTE
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA A DEPOSITAR: (10)		IMPORTE TOTAL (11)	
BANCO			
NÚMERO			
CLABE			
DESCRIPCION			
IMPORTE CON LETRA: (12)			

AUTORIZA (13)
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO Y/ O DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

SELLO (14)



**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:

SELLO (3)

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

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

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 _____)



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
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: _____ (6) _____		SALDO DISPONIBLE AL DÍA: _____ (9) _____	MONTO DE GASTOS EMERGENTES	MONTO PARA INVERTIR LOS DÍAS: _____ (12) _____
			CARGOS	ABONOS			
(3)	(4)	(5)	(7)	(8)	(10)	(11)	(13)
TOTAL (14)							

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:

SELLO (3)

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

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

NOTA: (QUEDA SIN EFECTO LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE FECHA _____ (22) _____)



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
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)
			(12)	(12)	(12)		
TOTALES			(12)	(12)	(12)		



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
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)
TOTALES			(11)	(11)	(11)		



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
FORMATO ÚNICO**

SH-TE-DCMFP-AMOP-080

TIPO DE REQUERIMIENTO :

(1)

ANTICIPO DE MINISTRACION

PRÉSTAMO

PRÉSTAMO PUENTE

(2)

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
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



Gobierno del Estado de Chiapas
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 LIQUIDADADO 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



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
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