

**SECRETARÍA DE HACIENDA****SH-TU-DCF-RO-001****FORMATO DE SOLICITUD DE RECIBO OFICIAL AÑO EN CURSO****C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO****TESORERO****TORRE CHIAPAS, NIVEL 12****CIUDAD**

(1) FOLIO	CVE. DEP.	EJERC.	FOLIO
RO			
(2) FECHA	DD	MM	AA

(3) A FAVOR DE

CLAVE	DESCRIPCION

(4) DATOS DEL CHEQUE ANEXO

FECHA	BANCO	NO. DE CUENTA	DESCRIPCION DE LA CUENTA	NO. DE CHEQUE	IMPORTE

(5) POR REINTEGROS				O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE	
CANCELACIÓN DE O.M.	PARCIAL	<input type="radio"/>	TOTAL	<input type="radio"/>				
RECURSO DISPONIBLE	VIATICOS	<input type="radio"/>	CANC. DE F. R.	<input type="radio"/>				
MAQUILA DE NOMINA				<input type="radio"/>	O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE
CONCEPTO (PERCEPCIÓN/DEDUCCIÓN)	TIPO DE NÓMINA	PERIODO						
IMPUESTOS				O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE	
10%ISR HONORARIOS	<input type="radio"/>	10% ARRENDAMIENTO	<input type="radio"/>					
10% ISR LISTA DE RAYA	<input type="radio"/>	ACT. Y RECARGOS 10%	<input type="radio"/>					
2% ISN	<input type="radio"/>	ACT. Y RECARGOS 2% ISN	<input type="radio"/>					
DATOS DEL IMPUESTO								
BASE GRAVABLE	PERIODO	ENVIO ANEXO						
RECUPERACIÓN DE INFONAVIT				<input type="radio"/>	O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE
BIMESTRE								
MAQUILA CON RECURSOS PROPIOS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:						
OTROS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:						

(6) INGRESOS ESTATALES		
FIANZAS ADMINISTRATIVAS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:
RENDIMIENTOS DE CUENTAS MAESTRAS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:
SALDOS POR CANCELACIÓN DE CUENTAS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:
OTROS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:

(7) ATENTAMENTE**JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMVO. Y/O EQUIVALENTE**

(8) SELLO DE DESPACHADO

(9) SELLO DE RECIBIDO

(10) SELLO DE ENTREGADO



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-RO-002
FORMATO DE SOLICITUD DE RECIBO OFICIAL
POR SALDOS DISPONIBLES EN LAS MINISTRACIONES
DEL AÑO EN CURSO

C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO
TESORERO
TORRE CHIAPAS, NIVEL 12
CIUDAD

(1) FOLIO	CVE. DEP.	EJERC.	FOLIO
RO			
(2) FECHA	DD	MM	AA

(3) A FAVOR DE

CLAVE	DESCRIPCION

(4) POR CANCELACIÓN DE MINISTRACIÓN		O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE
PARCIAL	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				
TOTAL	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>				

(5) ATENTAMENTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMVO. Y/O EQUIVALENTE

(6) SELLO DE DESPACHADO

(7) SELLO DE RECIBIDO

(8) SELLO DE ENTREGADO



**SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-RO-003**

FORMATO DE SOLICITUD DE RECIBO OFICIAL DE AÑOS ANTERIORES

C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO
TESORERO
TORRE CHIAPAS, NIVEL 12
CIUDAD

(1) FOLIO	CVE. DEP.	EJERC.	FOLIO
RO			
(2) FECHA	DD	MM	AA

(3) A FAVOR DE

CLAVE	DESCRIPCION

(4) DATOS DEL CHEQUE ANEXO

FECHA	BANCO	NO. DE CUENTA	DESCRIPCION DE LA CUENTA	NO. DE CHEQUE	IMPORTE

(5) POR REINTEGROS

			O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE	
ECONOMIAS			<input type="radio"/>				
MAQUILA DE NOMINA			O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE	
CONCEPTO (PERCEPCIÓN/DEDUCCIÓN)	TIPO DE NÓMINA	PERIODO	<input type="radio"/>				
IMPUESTOS			O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE	
10%ISR HONORARIOS	<input type="radio"/>	10% ARRENDAMIENTO	<input type="radio"/>				
10% ISR LISTA DE RAYA	<input type="radio"/>	ACT. Y RECARGOS 10%	<input type="radio"/>				
2% ISN	<input type="radio"/>	ACT. Y RECARGOS 2% ISN	<input type="radio"/>				
DATOS DEL IMPUESTO							
BASE GRAVABLE	PERIODO	ENVIO ANEXO					
RECUPERACIÓN DE INFONAVIT			<input type="radio"/>	O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE
BIMESTRE							
MAQUILA CON RECURSOS PROPIOS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:					
OTROS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:					

(6) INGRESOS ESTATALES

RENDIMIENTOS DE CUENTAS MAESTRAS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:	
SALDOS POR CANCELACIÓN DE CUENTAS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:	
OTROS	<input type="radio"/>	DESCRIPCIÓN:	

(7) ATENTAMENTE

JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMVO. Y/O EQUIVALENTE

(8) SELLO DE DESPACHADO

(9) SELLO DE RECIBIDO

(10) SELLO DE ENTREGADO



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-RO-004
FORMATO DE SOLICITUD DE RECIBO OFICIAL
POR SALDOS DISPONIBLES EN LAS MINISTRACIONES
DE AÑOS ANTERIORES

C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO
TESORERO
TORRE CHIAPAS, NIVEL 12
CIUDAD

(1) FOLIO	CVE. DEP.	EJERC.	FOLIO
RO			
(2) FECHA	DD	MM	AA

(3) A FAVOR DE

CLAVE	DESCRIPCION

(4) DATOS DEL CHEQUE ANEXO

FECHA	BANCO	NO. DE CUENTA	DESCRIPCION DE LA CUENTA	NO. DE CHEQUE	IMPORTE

(5) CONCEPTO	O.M.	FDO. FINANC	FTE.PPTAL.	IMPORTE
ECONOMIAS	<input type="radio"/>			
CANCELACIÓN DEL SALDO CONTABLE Y FINANCIERO	<input type="radio"/>			
RECURSOS DISPONIBLES DEL FONDO SERVICIOS PERSONALES	<input type="radio"/>			
SALDOS APASIVADOS DE LOS FONDOS CENTRALIZADOS	<input type="radio"/>			
FONDO CENTRALIZADO				

NOTA: La Tesorería única de la Secretaría de Hacienda emitirá recibos oficiales correspondientes a Economías o Saldos Apasivados de los Fondos Centralizados, de acuerdo a la Disponibilidad Financiera, conforme al Artículo 364, penúltimo párrafo del Código de la Hacienda Pública del Estado de Chiapas.

(7) ATENTAMENTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMVO. Y/O EQUIVALENTE

(8) SELLO DE DESPACHADO

(9) SELLO DE RECIBIDO

(10) SELLO DE ENTREGADO



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-ROFRAL-005
FORMATO DE SOLICITUD DE RECIBO OFICIAL POR RECURSO FEDERAL

C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO

TESORERO

TORRE CHIAPAS, NIVEL 12

CIUDAD

(1) FOLIO	CVE. DEP.	EJERCICIO	FOLIO
RO			
(2) FECHA	DD	MM	AA
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA			

(3) DATOS DEL BENEFICIARIO

RFC	BENEFICIARIO
C.P.	DOMICILIO FISCAL

(4) DATOS DE LA CUENTA BANCARIA RECEPTORA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA DEL RECURSO RECIBIDO.

FECHA DE DEPOSITO	BANCO	NÚMERO DE CUENTA	CLAVE INTERBANCARIA	NOMBRE DE LA CUENTA	IMPORTE

(5) CONCEPTO DEL RECIBO OFICIAL

(6) DATOS DEL CFDI

MÉTODO DE PAGO		SERVICIO		USO	
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CLAVE	DESCRIPCIÓN	CLAVE	DESCRIPCIÓN

FORMA DE PAGO		UNIDAD		CORREO ELECTRÓNICO
CLAVE	DESCRIPCIÓN	CLAVE	DESCRIPCIÓN	

(7) ATENTAMENTE

JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO
Y/O EQUIVALENTE

(8) SELLO DE DESPACHADO

(9) SELLO DE RECIBIDO

(10) SELLO DE ENTREGADO

. LA DEPENDENCIA DEBERÁ SOLICITAR LA CANCELACIÓN DEL R.O Y CFDI, POR LOS RECURSOS QUE NO SEAN RADICADOS

. LA DEPENDENCIA DEBERÁ SOLICITAR EL CFDI COMPLEMENTO, CUANDO SU CFDI SEA EXPEDIDO CON EL MÉTODO DE PAGO PPD



**SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-CA-006**

FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACIÓN Y/O MODIFICACIÓN

**C.P. JAVIER BALTAZAR ALEJO
TESORERO
TORRE CHIAPAS, NIVEL 12
CIUDAD**

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

SELLO (3)

--

PERSONA(1)

FISICA <input type="radio"/>	MORAL <input type="radio"/>
FECHA DE EXPEDICIÓN (2)	
DD	MM AA

R. F. C. (4)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL (5)	DOMICILIO(6)	TELEFONO (7)
ACTIVIDAD (8)			

ACREDITACIÓN

ESCRITURA PÚBLICA(9)	NOTARIO PÚBLICO (10)
NÚMERO:	NOMBRE:
FECHA:	NOTARÍA:

DATOS DE LA CUENTA

BANCO(11)	PLAZA(12)	NUM. Y NOMBRE DE SUC. (13)	TIPO (14)
NOMBRE (15)		NÚMERO (16)	CLABE (17)
TIPO DE CONVENIO (18)		NO. DE CONVENIO (19)	REFERENCIA (20)

AUTORIZA (21)

SELLO DE RECIBIDO (22)

(NOMBRE, CARGO Y 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 _____)

Los datos personales que se remiten serán utilizados para las finalidades exclusivamente requeridas; toda vez que la conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su diversos 16, párrafo segundo; y con los artículos 3, fracción XV, 7, fracción VIII, 74 y 108 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas; dicha información tiene el carácter de confidencial; por lo que no se consiente la divulgación, comunicación, extracción, difusión, aprovechamiento, transmisión y/o transferencia de estos.

ANEXO DE FORMATO DE FONDO REVOLVENTE DE PARTIDAS AUTORIZADAS
CLAVE Y DESCRIPCIÓN DEL ORGANISMO PÚBLICO (1)

MONTO MENSUAL AUTORIZADO: (2)

FOLIO: (3)

FECHA DE EXPEDICIÓN: (4)

NOMBRE	PARTIDA	(5) FACTURA			(6) TOTAL PARTIDA	(7) TOTAL CAPITULO
		a) FECHA	b) NÚMERO	c) IMPORTE		
CAPITULO 2000 MATERIALES Y SUMINISTROS						0
Materiales y Útiles de Oficina	21101					
Materiales y Útiles de Impresión y Reproducción	21201					
Materiales Fotográficos	21202					
Materiales Heliográficos	21203					
Productos Alimenticios para Personas	22111					
Utensilios para el servicio de alimentación	22301					
Materiales de limpieza	21601					
Material eléctrico y electrónico	24601					
Materiales complementarios	24801					
Medicinas y productos farmacéuticos	25301					
Combustibles(Excepto parque vehicular)	26111					
Lubricantes y Aditivos (Excepto parque vehicular)	26112					
Prendas de protección personal	27201					
Herramientas menores	29101					
Refacciones y accesorios menores de edificios	29201					
Refacc. y accesorios menores de epo. de transp.	29601					
Refacciones y accesorios menores de maquinaria y otros equipos	29801					
CAPITULO 3000 MATERIALES Y SUMINISTROS						0
Servicio de Telefonía Celular	31501					
Servicios Postal	31801					
Servicio Telegráfico	31802					
Serv. de Apoyo Admvo., Fotocopiado e Impresión	33602					
Fletes y Maniobras	34701					
Conserv. y mtto. menor de inmuebles	35106					
Mtto. y conserv. de mobiliario y epo. de admon.	35201					
Mtto., Conserv. y Rep. de Vehículos Terrestres, Aéreos, Marítimos, Lacustres y Fluviales.	35501					
Mantenimiento y Conservación de mobiliario y equipo	35701					
Instalaciones	35706					
Servicios de lavandería, limpieza, higiene y fumigación	35801					
Pasajes Nacionales Aéreos	37111					
Pasajes Nacionales Terrestres	37211					
Otros Pasajes	37213					
Viáticos Nacionales	37511					
Gastos de Ceremonial	38101					
Gastos de orden Social y cultural	38201					
Congresos y Convenciones	38301					
Otros Impuestos y Derechos	39202					
TOTAL (8)						

(9)

ELABORÓ

Vo. Bo.

REVISÓ



SECRETARÍA DE HACIENDA

SH-TU-DCF-OPPC-008

FORMATO DE ORDEN DE PAGO DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

(3)

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

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

(4)

a) O.M. / RECIBO Y/O MEMORANDUM	b) TIPO DE REC. (TR)	c) TIPO DE GTO (TG)	d) RAMO (RM)	e) FTE. FTO. PPTAL. (FF)	f) SBTE. FTO. PPTAL. (SFF)	g) PROG. Y/O FONDO (PF)	h) OBJETO DEL GASTO (OG)	i) FONDO FINANCIERO	j) FONDO CENTRALIZADO	k) IMPORTE
l) IMPORTE CON LETRA:									m) TOTAL A DEPOSITAR	

DATOS DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA (5)			
a) RFC	b) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL BENEFICIARIO		c) REFERENCIA
d) BANCO	e) NOMBRE DE LA CUENTA	f) NO. DE CUENTA	g) CLABE INTERBANCARIA

h) CONTRATO	i) ESTIMACION O FACTURA	j) TIPO DE ADJUDICACION	k) FOLIO	IMPORTE	IVA	RETENCION		IMPORTE TOTAL
						2%	OTROS	

(6) OBSERVACIONES

La emisión de este documento es responsabilidad de la dependencia que lo elabora, así como; es responsable del trámite para los procedimientos de adjudicación de conformidad con la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento de Bienes Muebles y la Contratación de Servicios para el Estado de Chiapas vigente.

SELLO DE DESPACHADO (8)

AUTORIZA (7)

SELLO DE RECIBIDO (9)

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

FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE ORDEN DE PAGO DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD A LA CUAL SE LE DEVUELVEN LA (S) ORDENE (S) DE PAGO A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS (3)	
(Clave)	(Nombre de la dependencia o entidad)

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

a) No.	b) CONCEPTOS DE LA DEVOLUCION							c) IMPORTE
	RFC INCORRECTO O	BENEFICIARIO NO CORRESPONDE AL TITULAR DE LA CUENTA	CUENTA Y/O CLABE INCORRECTAS	DUPLICIDAD DE FOLIOS	IMPORTES INCORRECTOS	INSUFICIENCIA DE SALDO DE LA MINISTRACIÓN	OTROS	
d) IMPORTE EN LETRA:							e) IMPORTE TOTAL	

DATOS DE LA ORDEN DE PAGO A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS QUE SE DEVUELVE (4)

OBSERVACIONES

SELLO (6)

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

SELLO (7)

JEFE DEL DEPTO. DE CONTROL DE FONDOS

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA (S) ORDEN (ES) DE PAGO DEVUELTA (S)



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-CPTT-011
FORMATO DE CÉDULA PASIVOS TRASLADADOS
A LA TESORERÍA ÚNICA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA

RELACIÓN DE PASIVOS NO PAGADOS
(1) CLAVE Y NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

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)

(9)

NOMBRE Y FIRMA
TITULAR DE LA DEPENDENCIA

NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR O JEFE DE UNIDAD DE APOYO ADMVO.



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-ISSS-012
FORMATO DE INFORME DEL I.S.S.S. RETENIDO

CLAVE Y NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO: _____ **(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
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
	TOTALES		(12)	(12)	(12)		

CERTIFICO QUE LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS SON CORRECTOS Y TOMADOS DE LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL CONTRIBUYENTE. ASI MISMO SERA SUJETA A SU REVISIÓN Y VALIDACIÓN CON LA REGLA FISCAL PROPORCIONADA POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA (SAT)

(13)

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



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DCF-ISSS-013
FORMATO DE INFORME DEL 10% DE I.S.R.
(HONORARIOS O ARRENDAMIENTO) RETENIDO

CLAVE Y NOMBRE DEL ORGANISMO PÚBLICO: _____ **(1)** _____

FECHA: _____ **(3)** _____

NOMBRE	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	CURP	IMPORTE DE LA OPERACIÓN SIN I.V.A.	10% DE I.S.R. RETENIDO	PERIODO DE LA RETENCIÓN	FECHA DE DEPÓSITO
(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	TOTALES		(10)	(10)		

CERTIFICO QUE LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS SON CORRECTOS Y TOMADOS DE LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL CONTRIBUYENTE. ASI MISMO SERA SUJETA A SU REVISIÓN Y VALIDACIÓN CON LA REGLA FISCAL PROPORCIONADA POR EL SERVICIO DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA (SAT)

(11)

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



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-DP-DPPC-001
FORMATO DE SOLICITUD DE PAGO EN MONEDA EXTRANJERA

FECHA DE SOLICITUD (1)		
DÍA	MES	AÑO

MONEDA A ENVIAR: (2)					
PAÍS	MONEDA	CÓDIGO	PAIS	MONEDA	CÓDIGO
E.U.A <input type="checkbox"/>	Dólar <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>	Canadá <input type="checkbox"/>	Dólar Canadiense <input type="checkbox"/>	CAD <input type="checkbox"/>
Inglaterra <input type="checkbox"/>	Libra Esterlina <input type="checkbox"/>	GBP <input type="checkbox"/>	Comunidad Europea <input type="checkbox"/>	Euro <input type="checkbox"/>	EUR <input type="checkbox"/>
Japón <input type="checkbox"/>	Yen Japonés <input type="checkbox"/>	JPY <input type="checkbox"/>	México <input type="checkbox"/>	Peso Mexicano <input type="checkbox"/>	MXN <input type="checkbox"/>

Concepto de Pago: (3) _____

Importe en la moneda a enviar (con número y letra) : (4) _____

DATOS DEL BENEFICIARIO (5)

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: (si se trata de persona física) _____

DATOS DEL BANCO RECEPTOR (6)

Nombre del banco: _____ No. de cuenta: _____ No. de Clabe Interbancaria (Iban): _____

Dirección del banco Liquidador: _____ Código Aba: _____

Código de Ruta (Distinto al Aba y Swift): _____ Código Swift: _____

DATOS DEL BANCO INTERMEDIARIO (7)

Nombre: _____ No. de cuenta: _____ No. de Clabe Interbancaria (IBAN): _____

Dirección del banco Liquidador: _____

Código Aba: _____ Código Swift: _____

Código de Ruta (Distinto al Aba y Swift) _____

OBSERVACIONES: (8) _____

SOLICITA: (9) _____

(Nombre y firma del Jefe de la Unidad de Apoyo Administrativo)



SECRETARÍA DE HACIENDA
SH-TU-AGI-001
FORMATO DE INFORME PARA ALTA DE PROVEEDORES
AL SISTEMA DE CADENAS PRODUCTIVAS

ORGANISMO PUBLICO: _____ **(1)**

FECHA: DD/MM/AA **(2)**

NOMBRE DE LA EMPRESA O PERSONA FISICA	RFC	DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	REPRESENTANTE LEGAL O CONTACTO
(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

