SANTIAGO PAPASQUIARO

GOBIERNO MUNICIPAL

Instructivo para el llenado de formatos oficiales

Tabla de contenido

Presentación	4
Recibo oficial de ingresos	5
Relaciones exteriores	8
Rastro Municipal	11
Panteón Municipal	14
Acta de infracción	17
Seguridad vial	20
Pago de autorización de licencia de conducir	23
Cárcel Municipal	26
Recibo de plaza	29
Permiso de construcción	32
Solicitud de eventos	35
Cotización por servicios de Protección Civil	38
Oficio de comisión	41
Vale provisional de caja	44
Comprobación de gastos de comisión	47
Relación de gastos sin comprobante	50
Reposición del Fondo Fijo	53
Solicitud de viáticos para atención médica	56
Orden de compra	59
Solicitud de ayuda social	62
Recibo de ayuda social	65
Contra recibo	68
Vale de combustible	71
Transferencia de bienes muebles	74
Resguardo de bienes muebles	77
Acta de validación de inventario físico de bienes muebles	81
Salida del almacén	85
Cotización mensual a tres proveedores	88

Bitácora de detenidos 91
Pertenencias del detenido 94
Incidencias de nómina 97
Recibo de nómina 101
Atención médica a empleados 104
Relación de cheques entregados 107
Bitácora de vales de combustible 110
Relación de bienes dados de baja 113
Bitácora de almacén 116
Proyecto de finiquito 119
Oficio de liberación de responsabilidad administrativa 123
Solicitud de gastos a comprobar 126
Constancia de no adeudo a la Dirección de Finanzas y de Administración 129
Comprobación de gastos 132

Presentación

La actividad administrativa gubernamental se distingue por su carácter documental, es decir, por reflejarse en documentos que constituyen el testimonio de su actuación. Los documentos administrativos son el soporte en el que se materializan los distintos actos de la Administración Pública, son la forma externa de dichos actos.

Un elemento fundamental que da consistencia de los procedimientos de la Administración Municipal, son los formatos, mismos que son documentos administrativos con diseño, distribución y requisitos específicos**.**

Cumple por tanto con dos funciones esenciales:

Función de Constancia. - Por un lado, es un instrumento de constatación que permite *comprobar* el desarrollo de una actuación administrativa y

Función de Comunicación. - Permiten la *traslación* del contenido de los actos a otros órganos o unidades de la Administración o a terceros interesados, ya sean personas jurídicas públicas o privadas.

Existen características específicas que determinan que un documento sea calificado como administrativo:

- Producen efectos frente a terceros o en el ámbito de la propia Administración.
- Son emitidos por un órgano administrativo. Por tanto, quedan excluidos todos los documentos redactados o creados por los interesados, como las solicitudes, las alegaciones o los recursos y reclamaciones.
- Su emisión es válida dentro del sistema legal de la administración pública.

Teniendo en cuenta esa apreciación los documentos administrativos se pueden clasificar en los siguientes grupos:

- Documentos administrativos emitidos en el marco de los procedimientos administrativos. *Formatos*
- Documentos de decisión: *Resoluciones y acuerdos*.
- Documentos de transmisión: *Notificaciones, publicaciones, oficios y notas interiores*.
- Documentos de constancia: *Actas y certificados*.
- Documentos de juicio: *Informes*.
- Documentos administrativos de constatación de otro anterior: *Copias, constancias*
- Documentos dictados en el marco de un procedimiento administrativo
    - Documentos administrativos de iniciación.
    - Documentos administrativos de instrucción.
    - Documentos administrativos de terminación.

Ponemos a su consideración el presente instructivo del uso, llenado y distribución de los formatos administrativos del Municipio de Santiago Papasquiaro.

Recibo oficial de ingresos

Uso	Documento para dar constancia de la recepción de efectivo a la Caja del Ayuntamiento.
Quien lo emite	Cajero.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Director de Finanzas y Administración se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	Original ● Ciudadano o visitante. Copia 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración (Contabilidad).
Periodicidad	Cada vez que el ayuntamiento reciba dinero en efectivo.

MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DURANGO
TESORERIA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 TEL./FAX 01 (674) 862-02-69 EXT. 29
C.P. 34630 SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO
R.F.C. MSP-620102-9D2

RECIBO OFICIAL DE INGRESOS
SERIE G

FOLIO

NOMBRE:		FECHA DE DE	
DIRECCION:		R.F.C.	
CLAVE	CONCEPTO DEL PAGO		IMPORTE
OBSERVACIONES:		DESC.	
		SUBTOTAL	
		TOTAL	
UNIDAD DE MEDIDA:			

REGIMEN FISCAL:
PERSONAS MORALES CON
FINES NO LUCRATIVOS

CAJA No. CAJA No.

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Nombre**	Nombre completo de la persona que realiza el pago.
3	**Fecha**	Día, mes y año en el que se recaudó el ingreso.
4	**Dirección**	Calle, número, fraccionamiento/colonia y código postal de la persona que realiza el pago.
5	**R.F.C**	Registro federal del contribuyente de la persona que realiza el pago.
6	**Clave**	Referencia numérica al tipo de ingreso recaudado.
7	**Concepto de pago**	Descripción del tipo de ingreso recaudado.
8	**Importe**	Cantidad de pesos y centavos del ingreso recaudado.
9	**Observaciones**	Señalamientos adicionales que sirvan como referencia al ingreso recaudado.
10	**Unidad de medida**	Monto total del ingreso recaudado expresado con letra.
11	**Desc.**	Porcentaje y monto del descuento otorgado.
12	**Subtotal**	Suma de la columna “Importe”.
13	**Total**	Cantidad resultante de la resta entre el campo “Subtotal” menos la cantidad del campo “Desc.”.
14	**Caja No.**	Clave numérica de la caja en donde se recaudó el ingreso.
15	**Caja No.**	Nombre y firma de la persona que recibe el pago.

Relaciones exteriores

Uso	Documento expedido por el Responsable Relaciones Exteriores donde especifica el servicio a prestar y el monto correspondiente para que el contribuyente realice el pago en la Caja del Ayuntamiento.
Quien lo emite	Responsable de Relaciones Exteriores.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Cajero se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original:* ● Ciudadano o visitante. *Copia:* 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando se requiera un pago para poder prestar los servicios de la Unidad Administrativa correspondiente.


SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TESORERÍA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
R.F.C. MSP6201029D2

RELACIONES EXTERIORES

FECHA _____

BUENO POR $ _____

CON LETRA: _____

A FAVOR DEL C. _____

CONCEPTO: _____

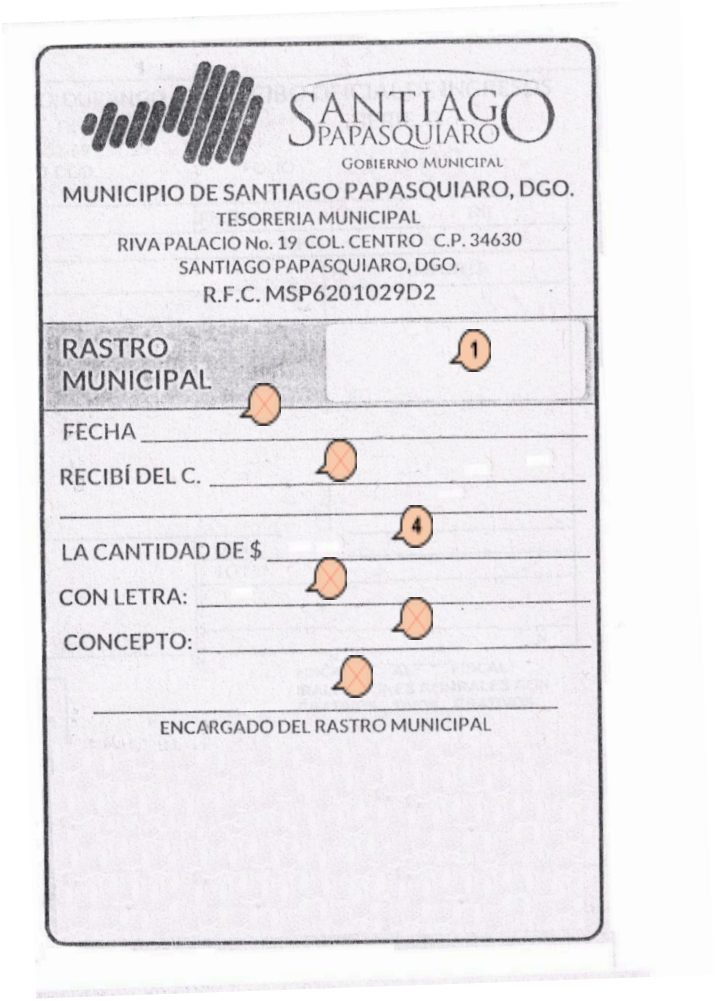
_____

ENCARGADO DE LA SRE

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se expide el formato.
3	**Bueno por**	Monto del pago a realizar.
4	**Con letra**	Monto del pago a realizar expresado en letra.
5	**A favor del C.**	El nombre completo de la persona que realizará el pago.
6	**Concepto**	Descripción del servicio a prestar por parte de la Unidad Administrativa correspondiente.
7	**Encargado de la SRE**	Firma de la persona autorizada de la emisión del documento.

Rastro Municipal

Uso	Documento para corroborar la recepción de dinero por el pago de servicios prestados por el Rastro municipal.
Quien lo emite	Jefe del Rastro Municipal.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original:* ● Ciudadano o visitante. *Copias:* 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cada vez que se realiza el pago de uno o más servicios prestados por el rastro municipal.



SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TESORERIA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
R.F.C. MSP6201029D2

RASTRO MUNICIPAL 1

FECHA

RECIBÍ DEL C.

4

LA CANTIDAD DE $

CON LETRA:

CONCEPTO:

ENCARGADO DEL RASTRO MUNICIPAL

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el documento.
3	**Recibí del C.**	Nombre completo de la persona que realiza el pago del servicio.
4	**La cantidad de $**	Cantidad expresada en número del pago total del servicio prestado correspondiente al campo “Concepto”.
5	**Con letra**	Cantidad expresada en letra del pago total del servicio prestado correspondiente al campo “Concepto”.
6	**Concepto**	Breve descripción del servicio prestado.
7	**Encargado del Rastro Municipal**	Firma del Encargado del Rastro Municipal.

Panteón Municipal

Uso	Documento para corroborar la recepción de dinero por el pago de los servicios de panteones municipales prestados.
Quien lo emite	Jefe de Panteones.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	Original ● Ciudadano o visitante. Copia 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cada vez que se realiza el pago de los servicios prestados.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.

R.F.C. MSP6201029D2

RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630
TEL/FAX 01(674) 862-02-68 EXT. 22 Y 24
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.

PANTEÓN MUNICIPAL

NOMBRE DEL FINADO (A): _____

FECHA: _____ EDAD: _____

TRABAJOS A REALIZAR

LOTE PANTEÓN	$	SELLO DEL LOTE	$
EXCAVACIÓN	$	ANILLO DEL LOTE	$
ADEME 1a. GAVETA	$	TAPA C/4 LOSAS	$
ADEME 2a. GAVETA	$	RETIRO DE LÁPIDA	$
ADEME 3a GAVETA	$	ARMAR LÁPIDA	$
PRIMERA TAPA	$	LAPIDARIO	$
SEGUNDA TAPA	$	OTROS	$

TOTAL $ _____

UBICACIÓN

SECCIÓN _____ MANZANA _____ LOTE _____

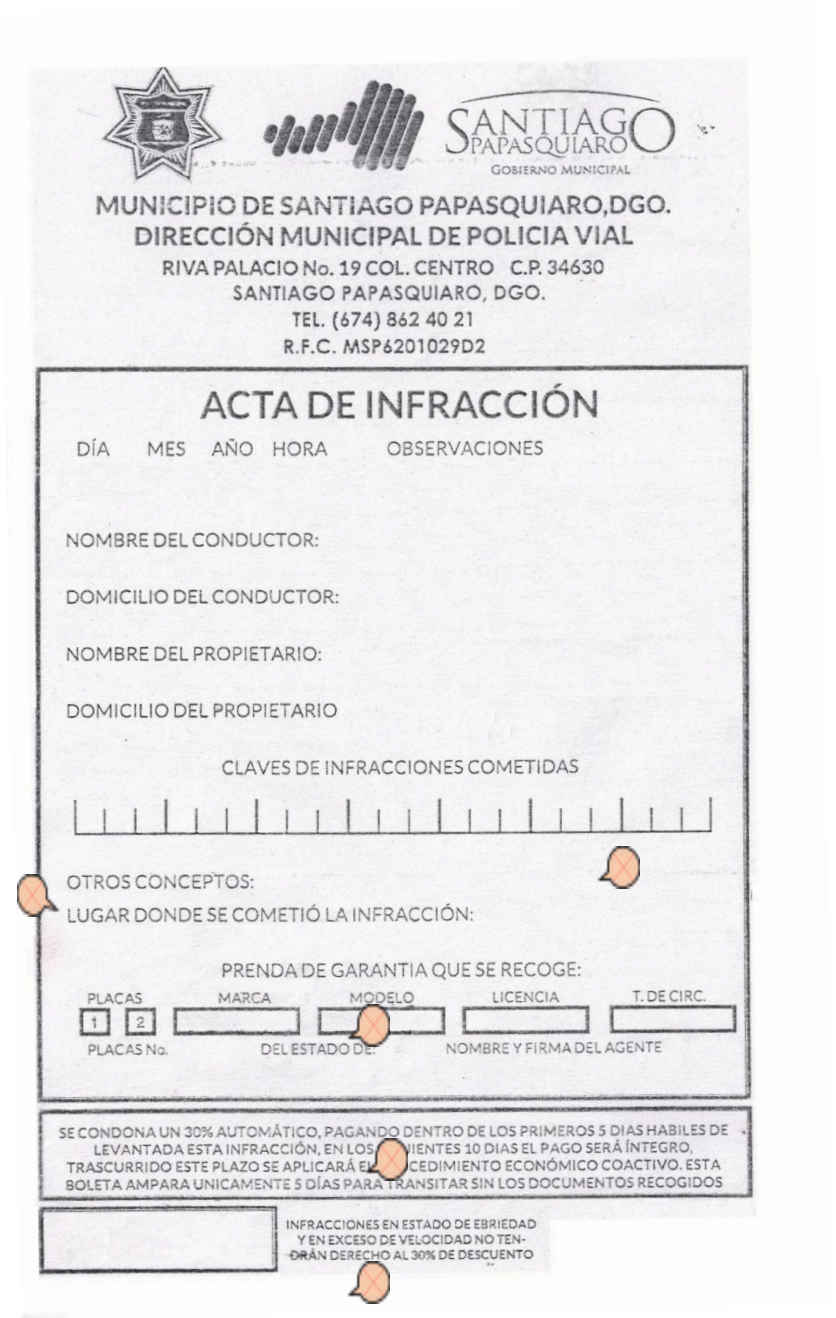
_____
ADMINISTRADOR DEL PANTEÓN

PERSONA RESPONSABLE _____
DIRECCIÓN _____
_____
TELÉFONO _____

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Panteón Municipal**	Nombre del panteón donde se prestaron los servicios.
3	**Nombre del finado**	Nombre completo de la persona difunta.
4	**Fecha**	Día mes y año de la expedición de este documento.
5	**Edad**	Edad expresada en número de la persona difunta.
6	**Trabajos a realizar**	Trabajos prestados por el panteón municipal expresando el importe en la línea correspondiente.
7	**Total**	La suma de los importes del campo “Trabajos a Realizar”.
8	**Ubicación**	Se describe la sección, manzana y lote del panteón correspondientes a los trabajos realizados.
9	**Administrador del Panteón**	Firma del administrador del panteón donde se prestaron los servicios.
10	**Persona Responsable**	Nombre completo de la persona que realiza el pago.
11	**Dirección**	Calle, número, fraccionamiento/colonia y código postal de la persona correspondiente al campo “Persona Responsable”.
12	**Teléfono**	Número telefónico vigente de la persona correspondiente al campo “Persona Responsable”.

Acta de infracción

Uso	Documento expedido por una autoridad para certificar la falta cometida al Reglamento de Tránsito Municipal, que ameritan la posible aplicación de una multa.
Quien lo emite	Agente de Tránsito.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original*: ● Infractor/Cajero. (El Agente de Tránsito le entrega la boleta al Infractor y este la entrega al Cajero al momento de su pago). *Copia*: 1. Seguridad Vial. 2. Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando por acción de la autoridad se acredita una situación que amerita la aplicación de una sanción.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO,DGO.
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE POLICIA VIAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TEL. (674) 862 40 21
R.F.C. MSP6201029D2

ACTA DE INFRACCIÓN

DÍA MES AÑO HORA OBSERVACIONES

NOMBRE DEL CONDUCTOR:

DOMICILIO DEL CONDUCTOR:

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

DOMICILIO DEL PROPIETARIO

CLAVES DE INFRACCIONES COMETIDAS

OTROS CONCEPTOS:

LUGAR DONDE SE COMETIÓ LA INFRACCIÓN:

PRENDA DE GARANTIA QUE SE RECOGE:

PLACAS	MARCA	MODELO	LICENCIA	T. DE CIRC.
1 2				

PLACAS No. DEL ESTADO DE: NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE

SE CONDONA UN 30% AUTOMÁTICO, PAGANDO DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DIAS HABILES DE LEVANTADA ESTA INFRACCIÓN, EN LOS SIGUIENTES 10 DIAS EL PAGO SERÁ ÍNTEGRO, TRASCURRIDO ESTE PLAZO SE APLICARÁ EL PROCEDIMIENTO ECONÓMICO COACTIVO. ESTA BOLETA AMPARA UNICAMENTE 5 DÍAS PARA TRANSITAR SIN LOS DOCUMENTOS RECOGIDOS

INFRACCIONES EN ESTADO DE EBRIEDAD Y EN EXCESO DE VELOCIDAD NO TENDRÁN DERECHO AL 30% DE DESCUENTO

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes, año y hora de la elaboración de este formato.
2	**Observaciones**	Alguna consideración especial o detallada que considere agregar el agente que genera el formato.
3	**Nombre del conductor**	El nombre completo de la persona quien cometió la infracción. Siendo necesario requerir una identificación. De preferencia la licencia de conductor.
4	**Domicilio del conductor**	Calle, número, fraccionamiento/colonia y código postal de la persona que cometió la infracción.
5	**Nombre del propietario**	Nombre completo del dueño del bien mueble.
6	**Domicilio del propietario**	Calle, número, fraccionamiento/colonia y código postal del dueño del bien mueble.
7	**Claves de infracciones cometidas**	Clave numérica correspondiente a la falta cometida.
8	**Otros conceptos**	Descripción del concepto de la infracción cuando esta no tenga clave.
9	**Lugar en donde se cometió la infracción**	Ubicación exacta en donde se realizó la falta tratando de ser lo más preciso posible.
10	**Placas**	Matricula o patente asignada al vehículo por el municipio. En su caso hacer la anotación del número de placas que se recogen en el momento de la infracción.
11	**Marca**	Nombre del fabricante del bien mueble (Nissan, Ford, Volkswagen, etc.), se anotara en el caso de que sea recogido el bien mueble.
12	**Modelo**	Año en el que fue elaborado el bien mueble, se anotara en el caso de que se haya recogido el bien mueble.
13	**Licencia**	En caso de retención como prenda en garantía, referencia completa de la Licencia de conducir de la persona amonestada.
14	**T. De circulación**	En caso de retención como prenda en garantía, referencia completa de la Tarjeta de Circulación de la persona amonestada.
15	**Placas No.**	Clave alfanumérica de las placas retenidas como prenda en garantía.
16	**Del estado de**	Lugar de origen de las placas retenidas como prenda en garantía.
17	**Nombre y firma del agente**	Nombre y firma del Agente de Tránsito que genero el formato.
18	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.

Seguridad vial

Uso	Documento para corroborar la recepción de dinero por el pago de una multa de tránsito.
Quien lo emite	Agente de Base.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	Original ● Ciudadano. Copia 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cada vez que se realiza el pago de una multa de tránsito en las oficinas de Seguridad Pública.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO,DGO.
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE POLICIA VIAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TEL. (674) 862 40 21
R.F.C. MSP6201029D2

SEGURIDAD VIAL

FECHA _____

RECIBÍ DEL C. _____

_____

LA CANTIDAD DE $ _____

CON LETRA (_____)

POR CONCEPTO DE: _____

_____

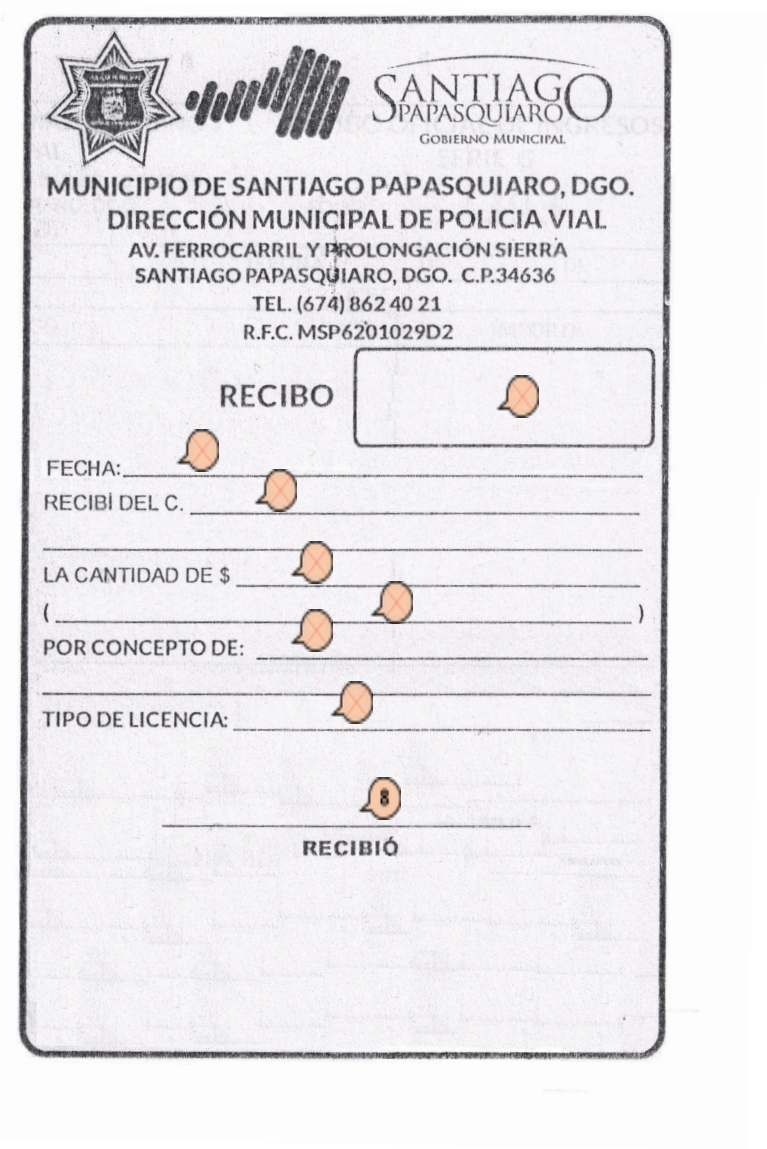
_____

RECIBIÓ

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el documento.
3	**Recibí del C.**	Nombre completo de la persona que realiza el pago de la multa.
4	**La cantidad de $**	Cantidad expresada en número correspondiente al pago de la totalidad de la multa.
5	**Con letra**	Cantidad expresada en letra correspondiente al pago de la totalidad de la multa.
6	**Por concepto de**	Breve descripción del concepto del pago recibido.
7	**Recibió**	Nombre y firma del servidor público que recibió el pago.

Pago de autorización de licencia de conducir

Uso	Documento para corroborar la recepción de dinero por el pago de la autorización de una licencia de conducir
Quien lo emite	Secretaria de la Dirección de Seguridad Ciudadana y Vial.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	Original ● Ciudadano. Copia 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cada vez que se realiza el pago de una autorización para la obtención de una licencia de conducir.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE POLICIA VIAL
AV. FERROCARRIL Y PROLONGACIÓN SIERRA
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO. C.P.34636
TEL. (674) 862 40 21
R.F.C. MSP6201029D2

RECIBO

FECHA: _____

RECIBÍ DEL C. _____

_____

LA CANTIDAD DE $ _____

(_____)

POR CONCEPTO DE: _____

_____

TIPO DE LICENCIA: _____

8

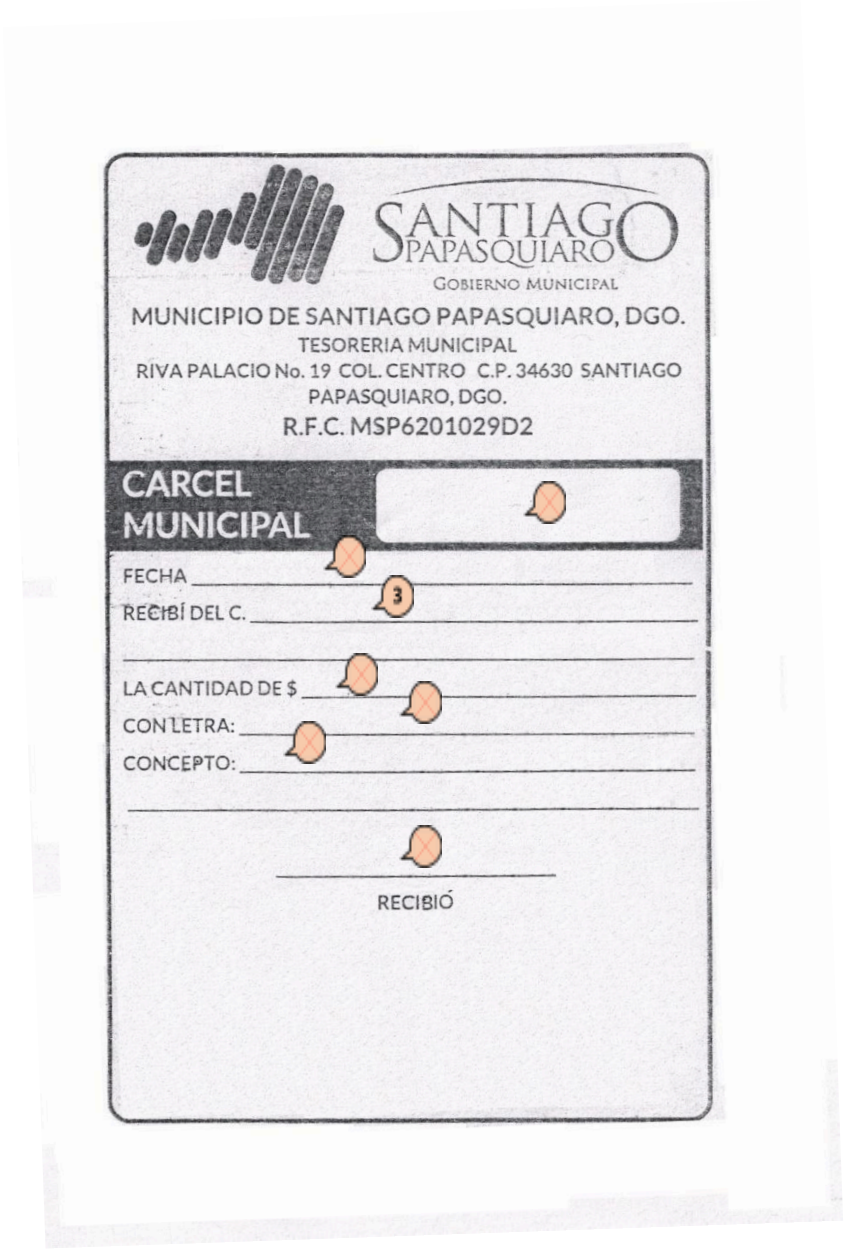
_____

RECIBIÓ

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el documento.
3	**Recibí del C.**	Nombre completo de la persona que realiza el pago de la autorización.
4	**La cantidad de $**	Cantidad expresada en número correspondiente al pago total de la autorización.
5	**(_)**	Cantidad expresada en letra correspondiente al pago total de la autorización.
6	**Por concepto de**	Breve descripción del concepto del pago recibido.
7	**Tipo de Licencia**	Descripción del tipo de licencia que se autorizó (Ej. Automovilista).
8	**Recibió**	Nombre y firma del servidor público que recibió el pago.

Cárcel Municipal

Uso	Documento para corroborar la recepción de dinero por el pago de una multa administrativa y que se permita la liberación del infractor del Separo de la Cárcel Municipal.
Quien lo emite	Agente de Base.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Ingresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original*: ● Tercero/Cárcel Municipal. (El formato se entrega al tercero para que se lo entregue al Alcaide en turno y este libere al infractor). Copias: 1. Juez Administrativo. 2. Cajero.
Periodicidad	Cada vez que se realiza el pago de una multa administrativa.



SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TESORERIA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630 SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
R.F.C. MSP6201029D2

CARCEL MUNICIPAL

FECHA _____

RECIBÍ DEL C. _____

_____

LA CANTIDAD DE $ _____

CON LETRA: _____

CONCEPTO: _____

_____

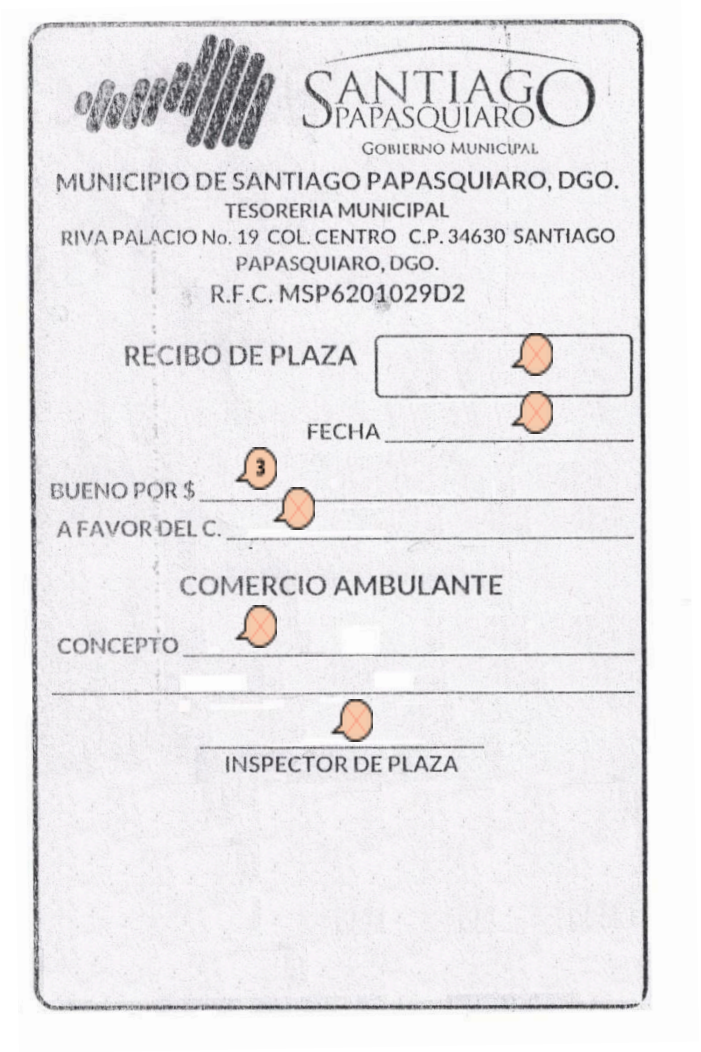
_____

RECIBIÓ

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el documento.
3	**Recibí del C.**	Nombre completo de la persona que realiza el pago de la multa.
4	**La cantidad de $**	Cantidad expresada en número correspondiente al pago de la totalidad de la multa.
5	**Con letra**	Cantidad expresada en letra correspondiente al pago de la totalidad de la multa.
6	**Concepto**	Breve descripción del concepto del pago recibido.
7	**Recibió**	Nombre y firma del servidor público que recibió el pago.

Recibo de plaza

Uso	Documento que da constancia del pago de un comerciante ambulante y sirve como permiso temporal.
Quien lo emite	Inspector Municipal
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Cajero se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	Original ● Ciudadano. Copia 1. Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando el inspector detecte el ambulantaje y el comerciante no cuente con el permiso vigente.



SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TESORERIA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 COL. CENTRO C.P. 34630 SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
R.F.C. MSP6201029D2

RECIBO DE PLAZA

FECHA _____

BUENO POR $ 3 _____

A FAVOR DEL C. _____

COMERCIO AMBULANTE

CONCEPTO _____

_____

INSPECTOR DE PLAZA

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo del documento en relación a los expedidos anteriormente.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se expide el formato.
3	**Bueno por**	Monto del pago a realizar expresado en número.
4	**A favor del C.**	El nombre completo de la persona que realiza el pago.
5	**Concepto**	Tipo de actividad que realiza el comerciante.
6	**Inspector de plaza**	Firma del inspector que genero detecto el ambulantaje.

Permiso de construcción

Uso	Documento expedido por el Subdirector de Catastro para certificar el monto del permiso de Construcción.
Quien lo emite	Subdirector de Catastro.
Control de folios	No ya que solo es un documento informativo para que el contribuyente conozca el monto a pagar por el permiso.
Distribución	*Original*: ● Solicitante de permiso de construcción. *Copia*: ● Cajero.
Periodicidad	Cuando sea solicitado un permiso de construcción.

CATASTRO MUNICIPAL
PERMISO DE CONSTRUCCION



1 Nombre del propietario _____
2 Lote _____ Manzana _____ Clave Predial _____
3 Calle y No. _____ Zona Economica _____
4 Colonia _____ Tipo Construccion _____

METROS CUADRADOS A PAGAR PARA PERMISO

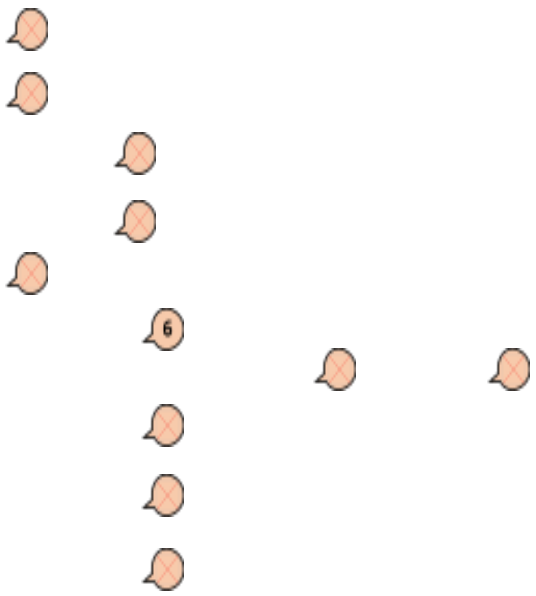
5 SOTANO	PLANTA BAJA	1ER NIVEL	2DO NIVEL	TOTAL MTS

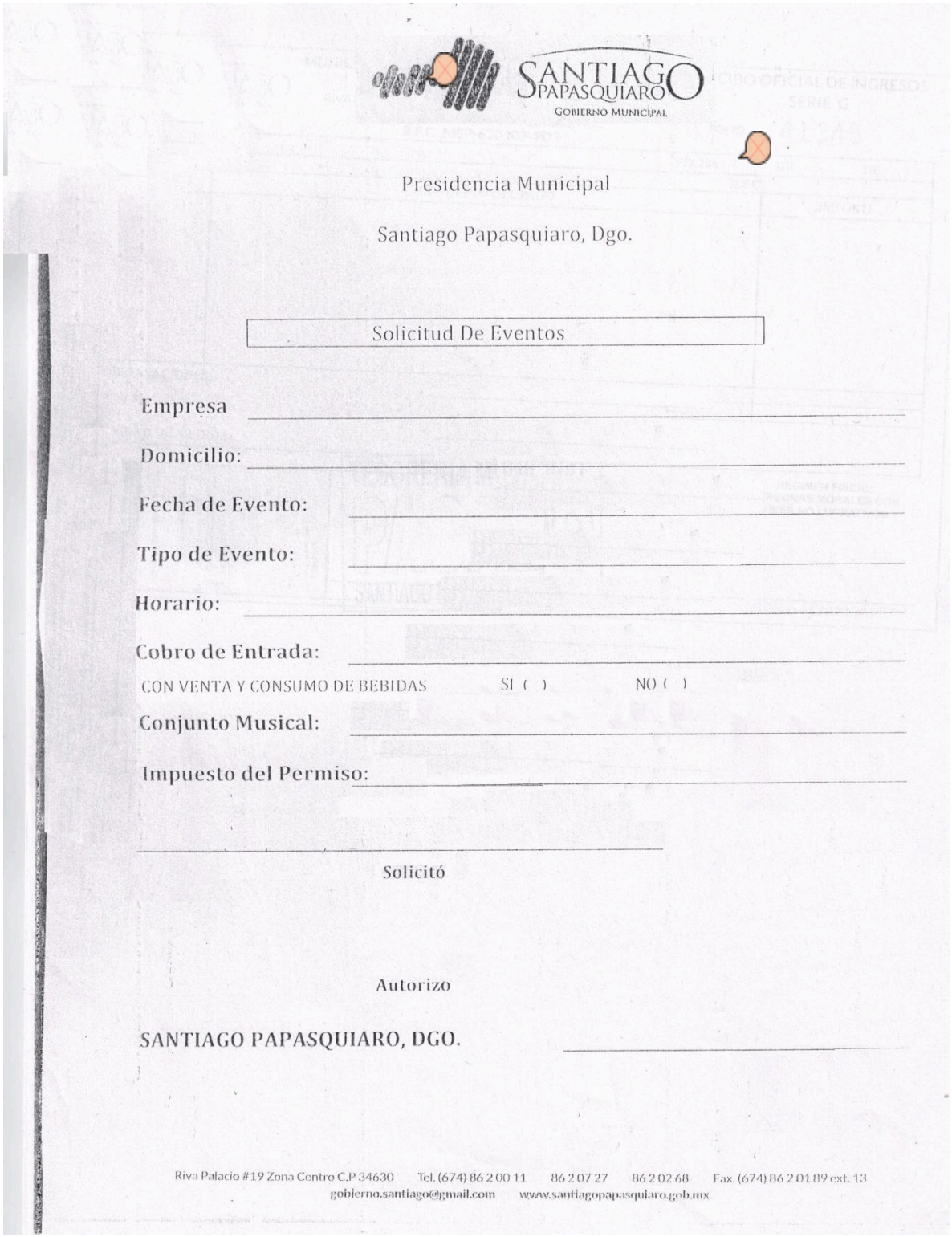
6 Precio por Metro Habitacional _____ comercial _____
Monto a pagar por permiso

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Nombre del propietario**	El nombre completo de la persona propietaria del bien inmueble. Siendo necesario requerir una identificación.
2	**Lote**	Número del lote tal como figura en los planos de lotización aprobados o en los documentos que acrediten la propiedad.
3	**Manzana**	Nombre o código de la manzana administrativa en la que se ubica el predio catastral, tal como figura en los planos de lotización aprobados o en los documentos que acrediten la propiedad
4	**Clave predial**	Clave asignada por catastro municipal al bien inmueble en el que se pretende construir.
5	**Calle y numero**	Nombre y número específico asignado a la vialidad en donde se única el bien inmueble.
6	**Zona económica**	Clave alfanumérica correspondiente a la zona en donde se desarrollará la construcción.
7	**Colonia**	Nombre de la ubicación de la zona en la que se realizará la construcción.
8	**Tipo de construcción**	Anotar en que consiste la construcción.
9	**Metros cuadrados a pagar para permiso**	La cantidad de metros cuadrados correspondientes al tipo de nivel donde se llevará a cabo la construcción.
10	**Total mts**	Suma de los metros cuadrados de todos los niveles donde se llevará a cabo la construcción.
11	**Precio por metro**	Se escribe sobre la línea correspondiente al tipo de construcción el resultado de la división del campo “Monto a pagar por permiso” sobre el campo “Total mts”(Ej. $500/100m2 = 5$ por metro cuadrado).
12	**Monto a pagar por permiso**	Importe total del permiso otorgado expresado en número.

Solicitud de eventos

Uso	Documento que formaliza la solicitud y autorización para realizar un evento.
Quien lo emite	Secretario del Ayuntamiento
Control de folios	No, los formatos no vienen foliados, no existe control.
Distribución	*Original*: ● Solicitante/Cajero (Se le entrega al solicitante para que este asista a entregarla con el Cajero). *Copia:* 1. Secretaría del Ayuntamiento.
Periodicidad	Cuando sea solicitado el permiso para realizar el evento.





SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

Presidencia Municipal

Santiago Papasquiaro, Dgo.

Solicitud De Eventos

Empresa _____

Domicilio: _____

Fecha de Evento: _____

Tipo de Evento: _____

Horario: _____

Cobro de Entrada: _____

CON VENTA Y CONSUMO DE BEBIDAS SI ( ) NO ( )

Conjunto Musical: _____

Impuesto del Permiso: _____

_____

Solicitó

Autorizo

SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO. _____

Riva Palacio #19 Zona Centro C.P 34630 Tel. (674) 86 2 00 11 86 2 07 27 86 2 02 68 Fax. (674) 86 2 01 89 ext. 13
gobierno.santiago@gmail.com www.santiagopapasquiaro.gob.mx

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Empresa**	Nombre completo de la persona física o moral que está solicitando el permiso para la realización del evento.
2	**Domicilio**	Denominación o la calle, número, fraccionamiento/colonia y código postal donde se realizará el evento.
3	**Fecha de evento**	Día, mes y año cuando se realizará el evento.
4	**Tipo de evento**	Nombre de la actividad que se desarrollara en el área/lugar solicitado.
5	**Horario**	Lapso de tiempo durante el cual se realizará el evento.
6	**Cobro de entrada**	Si la entrada al evento tendrá un costo se anota la cantidad por persona a pagar, en caso de no tener costo se hace la anotación correspondiente. Siempre indicando
7	**Con venta y consumo de bebidas**	Se marca con una X si en el evento se venderán y consumirán bebidas con contenido alcohólico.
8	**Conjunto musical**	Nombre del conjunto musical que prestará sus servicios en el evento. En caso de no haber conjunto musical se hace la anotación correspondiente.
9	**Impuesto del permiso**	Monto del impuesto correspondiente al permiso que se solicita.
10	**Solicito**	Nombre y firma de quien está haciendo la petición del área/lugar
11	**Autorizó**	Firma y nombre del Secretario del Ayuntamiento.
12	**Fecha**	Día, mes y año en que se expide el formato.

Cotización por servicios de Protección Civil

Uso	Formalizar la cotización de los servicios solicitados a la Dirección de Protección Civil.
Quien lo emite	Director de Protección Civil y Bomberos.
Control de folios	Si, el control lo lleva el Director de Protección Civil y Bomberos para como referencia de los formatos que se han emitido.
Distribución	*Original*: ● Solicitante Copia ● Director de Protección Civil y Bomberos ● Cajero
Periodicidad	Cuando sea solicitada la cotización de uno o más servicios a prestar por parte de la Dirección de Protección Civil y Bomberos.

H. Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro

DIRECCIÓN MUNICIPAL PROTECCIÓN CIVIL SANTIAGO PAPASQUIARO

Riva Palacio No. 19 Col. Centro C.P. 34630

Fecha de emisión: ____ ____ ____ Año

Folio ____

Solicitante: _____

Concepto	**Importe**
Total	

_____

Director de Protección Civil y Bomberos

Protección Civil y Bomberos Santiago Papasquiaro
Boulevard Antonio Ramírez No. 301
Colonia Esperanza
Teléfono (674) 862-20-11

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha de emisión**	Día, mes y año en que se expide el formato.
2	**Solicitante**	Nombre completo de la persona que solicitó la cotización.
3	**Folio**	El Número consecutivo correspondiente según los formatos expedidos anteriormente.
4	**Concepto**	Descripción del servicio a prestar por parte de la Dirección.
5	**Importe**	Monto total expresado en número correspondiente al servicio descrito en el campo “Concepto”.
6	**Total**	Suma de la columna “Importe” expresada en número.
7	**Director de Protección civil y Bomberos**	Nombre completo y firma del Director de Protección Civil y Bomberos.

Oficio de comisión

Uso	Formalizar la asignación de las comisiones, señalando las condiciones de la misma y el otorgamiento de recursos financieros al comisionado, mostrando autorizaciones correspondientes durante el transcurso de la comisión.
Quien lo emite	Titular de la Unidad Administrativa que comisiona
Control de folios	No ya que se lleva un control por cada unidad administrativa y la fecha de emisión sirve de referencia.
Distribución	*Original:* • Dirección de Finanzas y de Administración (Fluyendo a entre distintas unidades administrativas durante el trámite de los recursos; ver el Manual de Procedimientos). *Copias:* 1. Archivo de la Unidad Administrativa de adscripción.
Periodicidad	Cuando se requiera asignar recursos especiales a servidores públicos para la realización de una comisión foránea.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

OFICIO DE COMISIÓN

Santiago Papasquiaro, DGO. A ___De_____ De____

Conforme a la fecha señalada, el C. _____, titular de _____ adscrito a la Administración Municipal de Santiago Papasquiaro Durango; requiere comisionar a quien aparece en este documento como parte de las actividades sustantivas para el logro de los objetivos institucionales que le han sido encomendados; emitiendose el presente a manera de constancia de comision y compromiso de comprobacion de los gastos de viaje realizados

COMISIONADO:

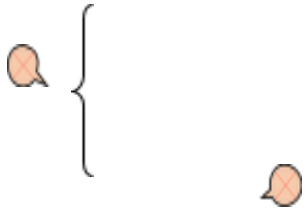
PERIODO DE LA GIRA:

MOTIVO:

RECORRIDO

Recursos Entregados por comprobar:

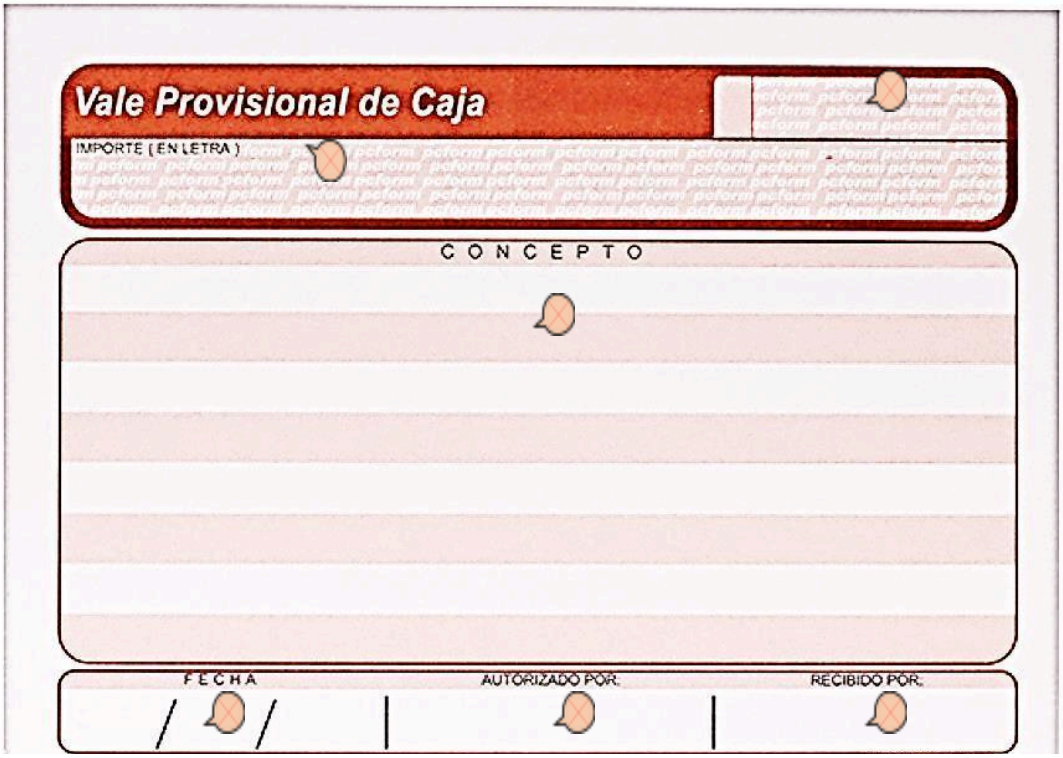
GASTOS DE VIAJE		
Combustible		
Transporte		
Peaje		
Otros: (Provisión para gastos imprevistos de emergencia, estacionamientos, etc.)		
VIATICOS:		
Sin alimentos		43
Sin hospedaje		
Sin otros		



No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público comisionado.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se expide el formato.
3	**Titular**	Nombre completo del titular de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público comisionado.
4	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público comisionado.
5	**Comisionado**	Nombre completo del comisionado.
6	**Periodo de la Gira**	Día, mes y año del inicio y del fin de la comisión.
7	**Motivo**	Descripción clara y concisa del motivo de la comisión.
8	**Recorrido**	Nombre de la localidad de origen y las ciudades o localidades a visitar durante la comisión y la localidad de la que partió el comisionado (Ej. Santiago Papasquiaro - Durango - Torreón - Santiago Papasquiaro).
9	**Gastos de Viaje**	Importe total expresado en número de los gastos presupuestados siendo estos por concepto de Combustible, Transporte, Peaje y Otros (Siendo el campo “Otros”, provisiones para gastos imprevistos de emergencia, estacionamientos, etc.).
10	**Viáticos**	Importe total expresado en número de los viáticos presupuestados para la comisión siendo estos por concepto de Alimentos, Hospedaje y Otros (Siendo el campo “Otros”, gastos necesarios para cumplir con la comisión, diferentes de los conceptos de Alimentación y Hospedaje).
11	**Total Gastos de Viaje a Comprobar**	Suma de los importes de los campos “Gastos de Viaje” y “Viáticos”.
12	**Recibo a entera satisfacción**	Nombre y firma del comisionado.
13	**Autorizó**	Nombre, cargo y firma del titular de la Unidad Administrativa correspondiente.
14	**Entregó importe de los viáticos**	Nombre, cargo y firma de la persona que entregó el recurso para llevar a cabo la comisión.

Vale provisional de caja

Uso	Documento que deja constancia de la entrega de dinero en efectivo proveniente de la Caja Chica.
Quien lo emite	Responsable de Caja Chica.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Responsable de Caja Chica se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original*: ● Responsable de Caja Chica.
Periodicidad	Cuando existe la necesidad de entregar dinero en efectivo a un servidor público para cumplir con las funciones del ayuntamiento.


Vale Provisional de Caja
IMPORTE (EN LETRA)
CONCEPTO
FECHA
/ /
AUTORIZADO POR:
RECIBIDO POR:

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**$**	Monto total por el que será canjeado.
2	**Importe (en letra)**	Monto por el valor total de canje especificado en letra.
3	**Concepto**	Especificación de tipo de canje que se está realizando.
4	**Fecha**	Día, mes y año en que se expide el formato.
5	**Autorizado por**	Persona responsable de la autorización del vale
6	**Recibido por**	Firma de la persona encargada de recibir el documento.

Comprobación de gastos de comisión

Uso	Presentar una evidencia de aquellos gastos que, con motivo de una comisión y sus circunstancias, respalden el uso del recurso otorgado.
Quien lo emite	Servidor Público Comisionado.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración *Copias:* 1. Servidor Público Comisionado.
Periodicidad	Cuando el comisionado presente su comprobación de gastos generados por la comisión correspondiente y cuente con los requisitos fiscales suficientes.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

COMPROBACIÓN DE GASTOS DE COMISIÓN

RELACIÓN CRONOLÓGICA QUE MANIFIESTA LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE AMPARA LOS GASTOS DE VIAJE Y VIÁTICOS EFECTUADOS POR _____ POR LA CANTIDAD DE: $ _____ SEGÚN FORMATO DE GIRA A _____ POR EL PERIODO DEL _____ AL _____

Fecha	Tipo y Folio del Comprobante	Nombre, Razón o Denominación Social	Concepto del Gasto	Importe

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los comprobantes aquí relacionados corresponden exclusivamente a gastos realizados para el cumplimiento de los fines de la comisión que me fue encomendada y que fueron efectivamente erogados en los establecimientos señalados.

COMPRUEBA

_____

T O T A L:	
+ GASTOS SIN COMPROBANTES AUTORIZADOS	
+REEMBOLSO DE IMPORTES NO COMPROBADOS	
TOTAL COMPROBADO Y REINTEGRADO	
TOTAL RECIBIDO	
DIFERENCIA A CARGO	
DIFERENCIA A FAVOR	

HAGO CONSTAR Y AVALO QUE LOS GASTOS PRESENTADOS POR QUIEN COMPRUEBA, SE APEGAN RAZONABLEMENTE A LAS ACTIVIDADES QUE LE FUERON ENCOMENDADAS

_____

RECIBÍ COMPROBACION Y DOCUMENTOS PARA SU REVISIÓN

_____

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público comisionado.
2	**Efectuados por**	Nombre completo del servidor público comisionado.
3	**Por la cantidad de**	Suma de los importes totales de la documentación comprobatoria que entrega el comisionado.
4	**De gira a**	Nombre de la localidad de donde parte el comisionado, las localidades o ciudades que recorrió y finalmente la localidad de donde salió originalmente.
5	**Periodo de la comisión**	Día, mes y año del inicio y del fin de la comisión.
6	**Fecha**	Día, mes y año de expedición del comprobante.
7	**Tipo y Folio del Comprobante**	Inicial o abreviatura del comprobante y su número incluyendo serie (Ej. NV/4002, F/5465, etc.).
8	**Nombre, Razón o Denominación Social**	Nombre, Razón o Denominación Social completo del proveedor correspondiente al comprobante.
9	**Concepto del Gasto**	Descripción breve y concisa del motivo del gasto (Ej. Hospedaje, Casetas, Comida, etc.).
10	**Importe**	Importe total pagado señalado en el comprobante (No incluir propinas o multas).
11	**Total**	Sumatoria de las cantidades del campo “Importe”.
12	**Gastos sin comprobantes Autorizados**	Importe total de los gastos sin documentación comprobatoria autorizados por el Director de Finanzas y de Administración. *Véase formato “Sin Comprobación”*
13	**Rembolso de importes no comprobados**	Importe total del recurso reintegrado por el comisionado.
14	**Total Comprobado y reintegrado**	Suma de las cantidades del campo “Total”, del campo “Gastos sin comprobantes autorizados” y del campo “Rembolso de importes no comprobados”.
15	**Total recibido**	Importe total del recurso entregado al Comisionado al inicio de la comisión.
16	**Diferencia (a cargo/a favor)**	Resultado de la resta del campo “Total Comprobado y reintegrado” menos la cantidad del campo “Total recibido”, si la diferencia es negativa el monto corresponde a la cantidad a reponer por parte del comisionado, si el resultado es positivo el monto corresponde a la cantidad a reponer por parte del ayuntamiento.
17	**Comprueba**	Nombre completo y firma del comisionado.
18	**Valida**	Nombre completo, cargo y firma del titular de la Unidad Administrativa donde está suscrito el comisionado.

No.	Concepto	Se debe anotar
19	**Recibe**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público que recibió la documentación comprobatoria.

Relación de gastos sin comprobante

Uso	Presentar una evidencia de aquellos gastos que, con motivo de una comisión y sus circunstancias, resultó imposible de conseguir documentación comprobatoria que cumpla con los requisitos fiscales suficientes.
Quien lo emite	Servidor público quien realizó la comisión.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copias:* 1 Servidor Público Comisionado. 2 Recursos humanos.
Periodicidad	Cuando ocasionalmente el comisionado presente su comprobación de viáticos y cuente con gastos con deficiencias en los requisitos.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

Instructivo para el llenado de formatos oficiales

RELACION DE GASTOS SIN COMPROBANTE

RELACION DE GASTOS SIN REQUISITOS O JUSTIFICACION POR LA CANTIDAD DE $_____ (SON: _____M.N.), UTILIZADOS POR EL C. _____ A EFECTO DE ASISTIR A _____ DURANTE EL PERIODO DEL _____" AL _____; CON EL OBJETO DE _____, EN LA LOCALIDAD ANTES MENCIONADA.")

ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE OBTENER COMPROBACION POR EL TOTAL DEL IMPORTE RECIBIDO, SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS FINES QUE HAYA LUGAR

CONCEPTO	IMPORTE	Se autoriza (S/N)
HOSPEDAJE		
ALIMENTACIÓN		
OTROS		
TOTAL		10

PARA:

MOTIVO DE LA FALTA DE REQUISITOS:

ATENTAMENTE

_____

Vo.Bo. del Titular de la Unidad Administrativa	Vo.Bo. Director de Finanzas y Administración

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público comisionado.
2	**Por la cantidad de**	Importe total de los gastos generados por la comisión de los que no fue posible obtener un comprobante o los comprobantes obtenidos no cuentan con los requisitos fiscales suficientes.
3	**Son:**	Cuantía correspondiente al campo “Por la cantidad de” expresada en letra.
4	**Utilizados por el C.**	Nombre completo del servidor público comisionado.
5	**A efecto de asistir a**	Nombre de la localidad de donde parte el comisionado, las localidades o ciudades que recorrió y finalmente la localidad de donde salió originalmente.
6	**Periodo de la comisión**	Día, mes y año del inicio y del fin de la comisión.
7	**Con el objeto de**	Descripción breve y concisa del motivo de la comisión.
8	**Importe**	Importe total expresado en número de los gastos sin comprobante siendo estos por concepto de Hospedaje, Alimentación y Otros (Siendo el campo “Otros”, provisiones para gastos imprevistos de emergencia, estacionamientos, etc.).
9	**Se autoriza (S/N)**	
10	**Total**	Sumatoria de las cantidades de la columna “Importe”.
11	**Para**	Motivo general de los gastos sin documentación comprobatoria.
12	**Motivo de la falta de requisitos**	Descripción breve y concisa de los motivos por los que no fue posible obtener un comprobante con los requisitos fiscales necesarios.
13	**Atentamente**	Nombre completo y firma del servidor público comisionado.
14	**Vo.Bo. del Titular de la Unidad Administrativa**	Nombre completo, cargo y firma del titular de la Unidad Administrativa donde está suscrito el comisionado.
15	**Vo.Bo del Director de Finanzas y Administración**	Nombre completo, cargo y firma del Director de Finanzas y Administración.

Reposición del Fondo Fijo

Uso	Enlistar los documentos de comprobación que solventen el gasto del fondo fijo y determinar el monto necesario para la reposición de este.
Quien lo emite	Responsable de Caja Chica.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Jefe de egresos.
Periodicidad	Cada vez que se haga disposición del fondo fijo.

REPOSICIÓN DEL FONDO FIJO

ONSABLE DEL FONDO:

D E REPOSICIÓN:

RELACIÓN DE COMPROBANTES:

No.	FECHA	REFERENCIA	ICAR A	JUSTIFICACIÓN	SUBTOTAL	IVA	TOTAL
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

IMPORTE DE LA REPOSICION CON LETRAS:

SON: ( )

TOTAL

IMPORTE DEL FONDO

REMANENTE EN CAJA

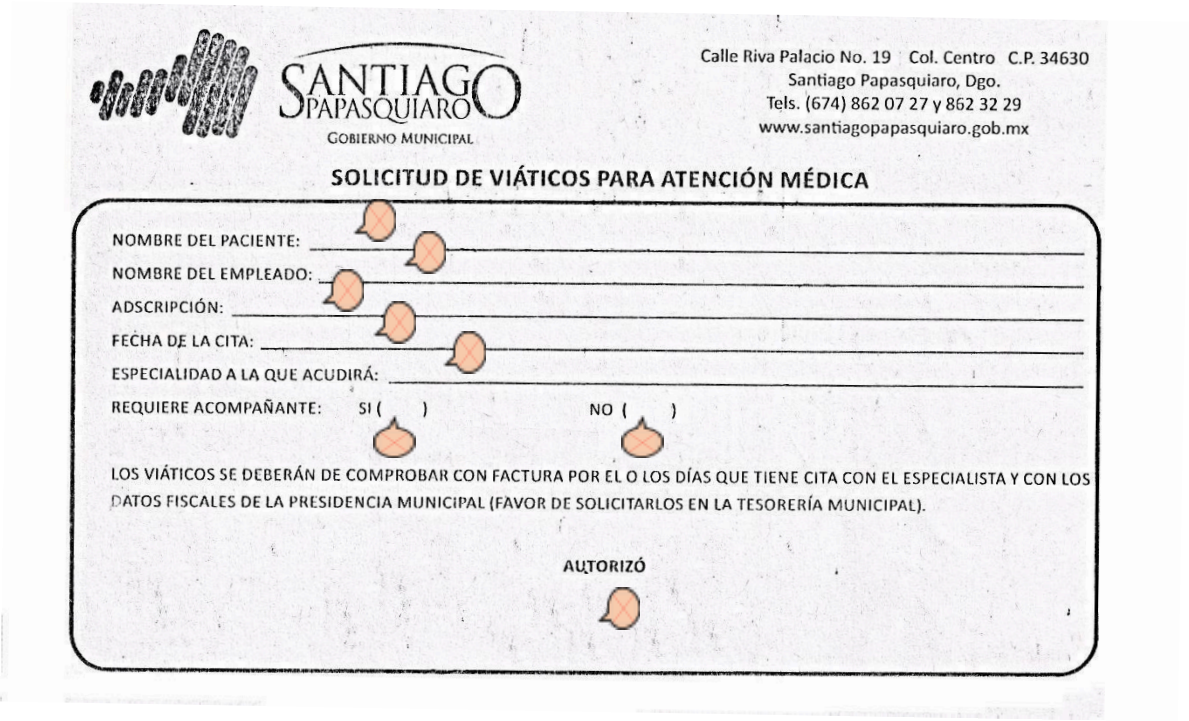
ELABORÓ:

AUTORIZÓ:

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Responsable del fondo**	Nombre completo del servidor público responsable del fondo fijo.
2	**Fecha de reposición**	Día, mes y año en que se realiza la reposición de los gastos del fondo fijo.
3	**Fecha**	Día, mes y año del comprobante.
4	**Referencia**	Inicial o abreviatura del comprobante y su número incluyendo serie (Ej. NV/4002, F/5465, etc.), en caso de que no se tenga se anota “S/N”.
5	**Aplicar a**	Breve descripción del fin por el que se realizó la erogación. (Ej. Mantenimiento, papelería, etc.).
6	**Justificación**	Descripción breve y concisa de los motivos por los que se realizó la erogación.
7	**Cantidad pagada**	Importe de la erogación desglosando subtotal, IVA y total.
8	**Total**	Suma del total de los comprobantes, el cual será el importe por lo que se hará la reposición del fondo fijo, en caso de que el total de los comprobantes fuese autorizado.
9	**Son:**	Cantidad correspondiente al campo “Total” expresada en letra.
10	**Importe del fondo**	Importe autorizado del fondo el total de los comprobantes tiene que ser menor a este campo.
11	**Remanente en caja**	Cantidad de dinero que posee el fondo fijo después de las erogaciones. Es la resta entre el “Importe del fondo” menos los gastos comprobados.
12	**Elaboró**	Firma del Responsable del fondo.
13	**Autorizó**	Firma del Director de Finanzas y de Administración.

Solicitud de viáticos para atención médica

Uso	Documento expedido por el Director de Servicios Médicos para las diferentes atenciones médicas que el municipio no pueda otorgar a los empleados del Ayuntamiento.
Quien lo emite	Director de Servicios Médicos.
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Director de Servicios Médicos, se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	● Original Trabajador del Ayuntamiento.
Periodicidad	Cuando por casos extraordinarios el Municipio no cuente con la posibilidad de brindar el servicio completo a los empleados del Ayuntamiento.



SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

Calle Riva Palacio No. 19 Col. Centro C.P. 34630
Santiago Papasquiaro, Dgo.
Tels. (674) 862 07 27 y 862 32 29
www.santiagopapasquiaro.gob.mx

SOLICITUD DE VIÁTICOS PARA ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

ADSCRIPCIÓN: _____

FECHA DE LA CITA: _____

ESPECIALIDAD A LA QUE ACUDIRÁ: _____

REQUIERE ACOMPAÑANTE: SI ( ) NO ( )

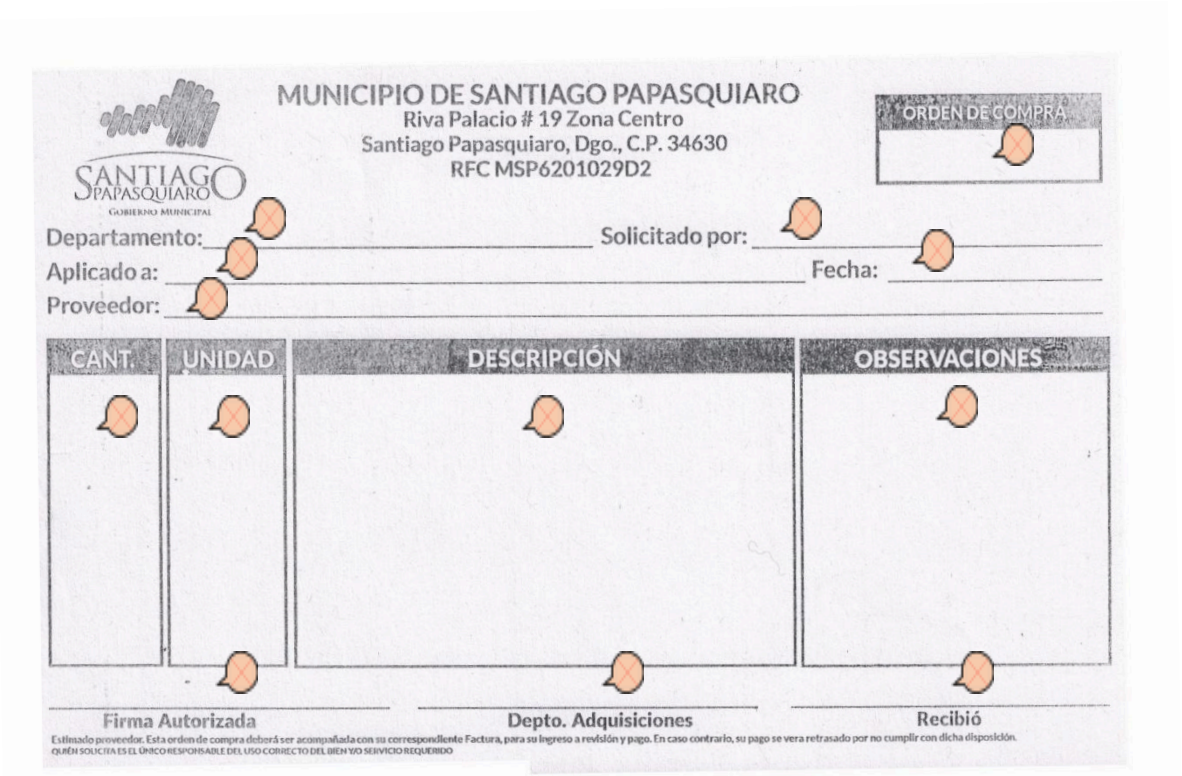
LOS VIÁTICOS SE DEBERÁN DE COMPROBAR CON FACTURA POR EL O LOS DÍAS QUE TIENE CITA CON EL ESPECIALISTA Y CON LOS DATOS FISCALES DE LA PRESIDENCIA MUNICIPAL (FAVOR DE SOLICITARLOS EN LA TESORERÍA MUNICIPAL).

AUTORIZÓ

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Nombre del paciente**	Nombre completo del derechohabiente.
2	**Nombre del empleado**	Trabajador del ayuntamiento que está adscrito a la Dirección de Servicios Médicos.
3	**Adscripción**	Unidad Administrativo a la que pertenece el servidor público.
4	**Fecha de la cita**	Día, mes y año en el que se le brindara el servicio.
5	**Especialidad a la que acudirá**	Servicio médico que se le prestará al derechohabiente en el lugar a donde acudirá.
6	**Requiere acompañante**	Marcar con una “X” en caso de que el paciente necesitara o no la asistencia de una persona a la cita.
7	**Autorizó**	Firma del Director de Servicios Médicos.

Orden de compra

Uso	Formalizar el requerimiento de los bienes, servicios o arrendamientos que debe proporcionar el proveedor, de acuerdo a las características específicas y técnicas que se requieran.
Quien lo emite	Auxiliar de adquisiciones de la Jefatura de Recursos Materiales.
Control de folios	Si, por parte de la Jefatura de Recursos materiales.
Distribución	*Original:* ● *Proveedor.* *Copias:* 1. *Solicitante.* 2. *Archivo de la Jefatura de Recursos Materiales.*
Periodicidad	Cuando se requiera la adquisición de bienes, servicios o arrendamientos.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO
Riva Palacio # 19 Zona Centro
Santiago Papasquiaro, Dgo., C.P. 34630
RFC MSP6201029D2

ORDEN DE COMPRA

Departamento: _____ Solicitado por: _____
Aplicado a: _____ Fecha: _____
Proveedor: _____

CANT.	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES

Firma Autorizada | Depto. Adquisiciones | Recibió

Estimado proveedor. Esta orden de compra deberá ser acompañada con su correspondiente Factura, para su ingreso a revisión y pago. En caso contrario, su pago se vera retrasado por no cumplir con dicha disposición.
QUIÉN SOLICITA ES EL ÚNICO RESPONSABLE DEL USO CORRECTO DEL BIEN Y/O SERVICIO REQUERIDO

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	Numero consecutivo de control de emisión de este formato, mismo que debe estar impreso en el comprobante desde la misma imprenta.
2	**Departamento**	El nombre oficial de la Unidad Administrativa que solicitó los bienes, servicios o arrendamientos.
3	**Solicitado por**	Nombre completo del trabajador que realizó la solicitud.
4	**Aplicado a**	Unidad administrativa a la que se le proporcionaron los bienes, servicios o arrendamientos
5	**Fecha**	El día, mes y año, en que se elaboró la Orden de Compra.
6	**Proveedor**	El nombre, razón o denominación social completo del proveedor elegido para proporcionar los bienes, servicios o arrendamientos, en caso de ser persona física, además del nombre completo, se podrá poner referencia al nombre comercial.
7	**Cantidad**	El número de los bienes, servicios o arrendamientos solicitados.
8	**Unidad**	Tipo de medida de los bienes, servicios o arrendamientos.
9	**Descripción**	Breve descripción de los bienes, servicios o arrendamientos que se solicitaron al proveedor agregando el importe total correspondiente a cada concepto.
10	**Observaciones**	Anotaciones adicionales que sirvan como referencia a los bienes, servicios o arrendamientos adquiridos.
11	**Firma autorizada**	Firma de la persona autorizada para solicitar al proveedor los bienes, servicios o arrendamientos.
12	**Depto. Adquisiciones**	Sello de la Unidad Administrativa encargada de la cotización y las compras de los bienes, servicios o arrendamientos.
13	**Recibió**	Firma de quién recibió los bienes, servicios o arrendamientos.

Solicitud de ayuda social

Uso	Formalizar la requisición de un apoyo.
Quien lo emite	Solicitante.
Control de folios	No, ya que es una requisición que generan diversas personas, el ayuntamiento proporciona un formato unificado para coincidir en los campos requeridos por la Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copia:* 1. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando una persona solicite el apoyo.

ASUNTO: SOLICITUD

Santiago Papasquiaro, Dgo., a _____ de _____del 2017

ING. ALBINO PONCE BARRON
PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente y de la manera más atenta me permito solicitar su apoyo para:

_____

_____

_____

_____

_____

Agradeciendo de antemano la atención brindada a la presente, me despido de usted, enviándole un cordial saludo.

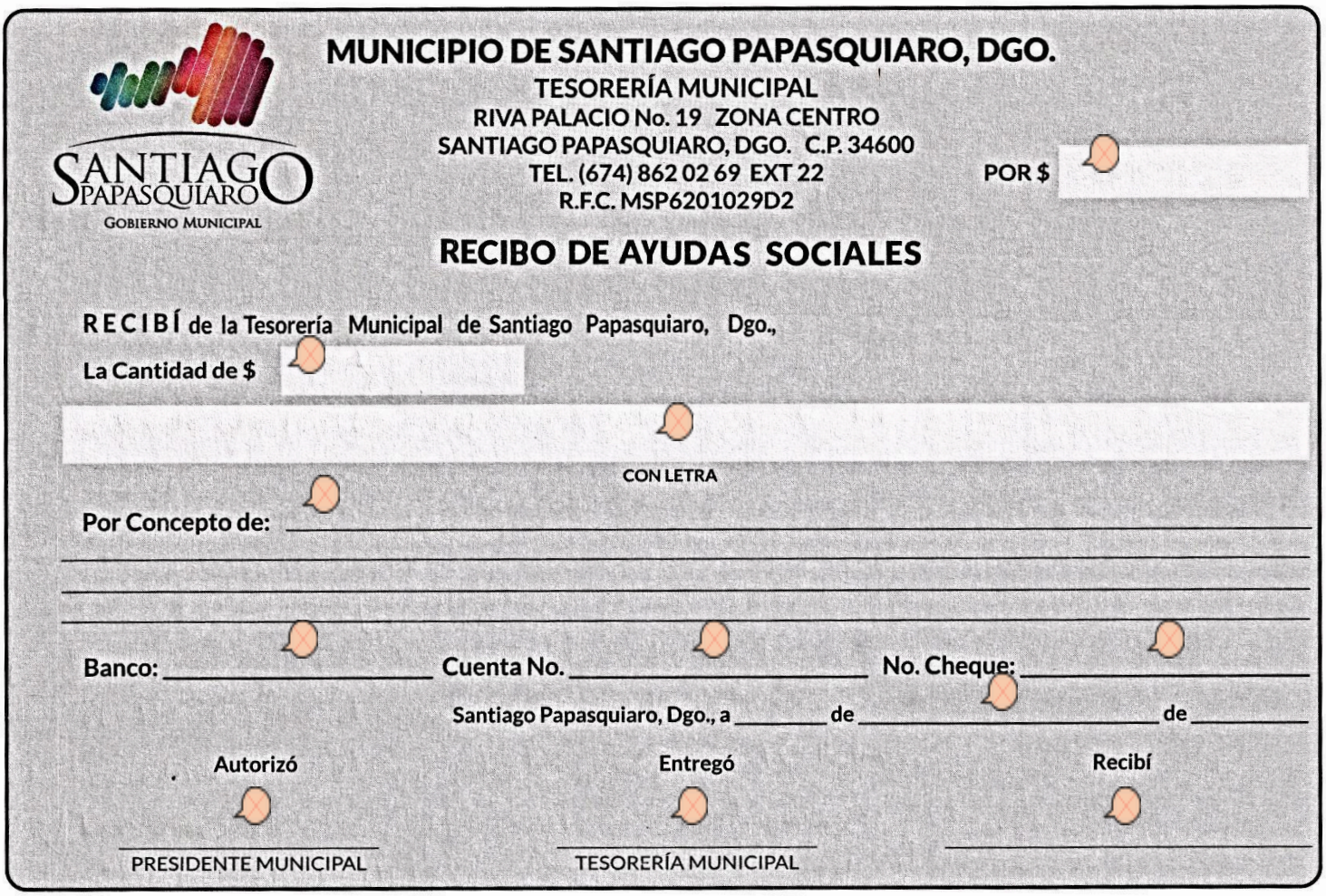
Atentamente

_____

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que solicita el apoyo.
2	**Solicitud**	Descripción de los motivos por los cuales se solicita el apoyo.
3	**Atentamente**	Nombre del solicitante con su puño y letra.

Recibo de ayuda social

Uso	Dejar constancia de la entrega del apoyo otorgado.
Quien lo emite	Responsable de Caja Chica o Jefe de Egresos.
Control de folios	Si, deben foliarse de imprenta, quedando bajo la responsabilidad de quien lo maneje.
Distribución	*Original*: ● Responsable de Caja Chica o Jefe de Egresos. *Copias*: 1 Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango. 2 Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando se hace entrega de un apoyo.



MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
TESORERÍA MUNICIPAL
RIVA PALACIO No. 19 ZONA CENTRO
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO. C.P. 34600
TEL. (674) 862 02 69 EXT 22
R.F.C. MSP6201029D2

SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

POR $

RECIBO DE AYUDAS SOCIALES

RECIBÍ de la Tesorería Municipal de Santiago Papasquiaro, Dgo.,

La Cantidad de $

CON LETRA

Por Concepto de: _____

Banco: _____ Cuenta No. _____ No. Cheque: _____

Santiago Papasquiaro, Dgo., a _____ de _____ de _____

Autorizó

PRESIDENTE MUNICIPAL

Entregó

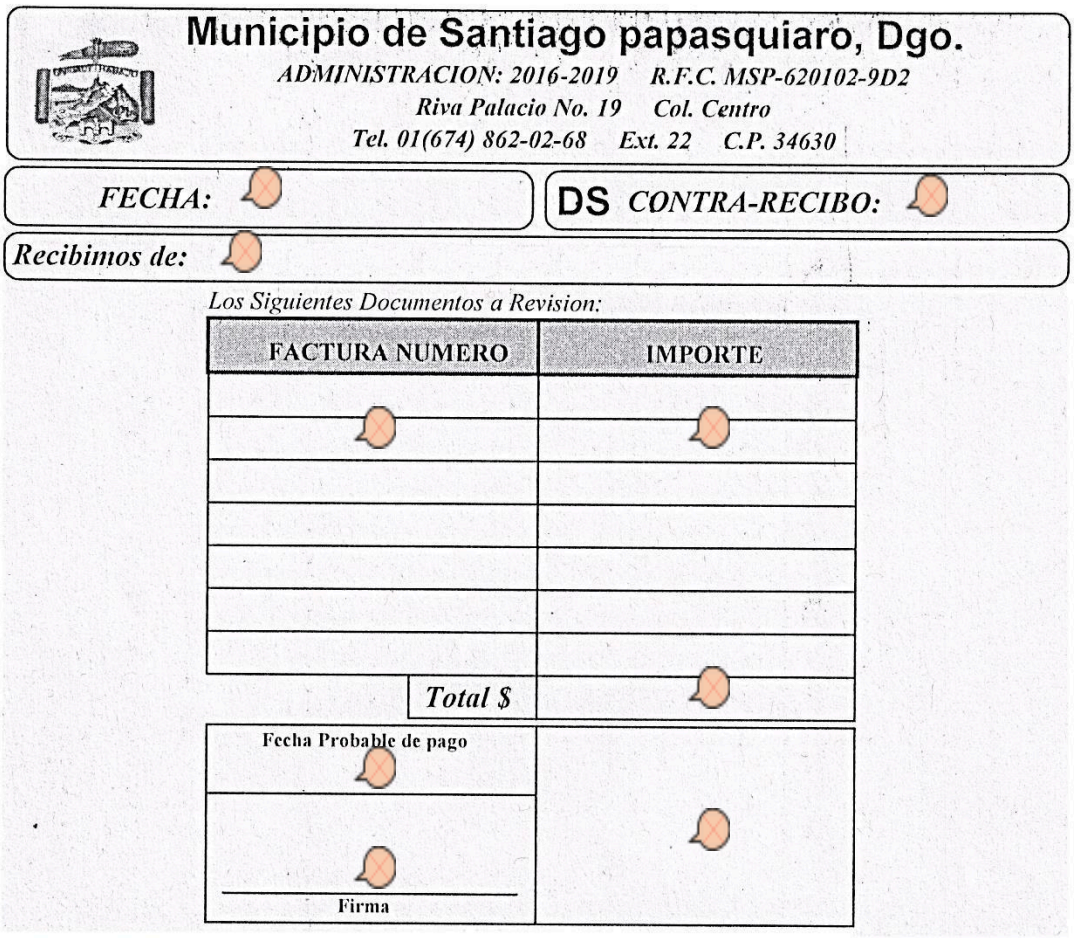
TESORERÍA MUNICIPAL

Recibí

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Por $**	Cantidad de dinero expresado en número que se está brindando al beneficiario.
2	**La cantidad de $**	Cantidad de dinero expresado en número que se está brindando al beneficiario.
3	**Con letra**	Cantidad de dinero expresado en letra que se está brindando al beneficiario.
4	**Por concepto de**	Breve descripción del tipo de apoyo otorgado.
5	**Banco**	Nombre de la institución bancaria correspondiente al cheque entregado. (Solo en caso de haberse expedido cheque)
6	**Cuenta No.**	Numero completo referente a la cuenta bancaria de la que se realizó la erogación. (Solo en caso de haberse expedido cheque)
7	**No. Cheque**	Número referencial al cheque entregado. (Solo en caso de haberse expedido cheque)
8	**Santiago Papasquiaro.,a**	Día, fecha y año de elaboración de este formato.
9	**Autorizó**	Firma/sello del Presidente Municipal.
10	**Entregó**	Sello de la Dirección de Finanzas y Administración.
11	**Recibí**	Firma de la persona beneficiaria del apoyo.

Contra recibo

Uso	Hacer constar la recepción de facturas del proveedor al ayuntamiento para su revisión y programación de pago en coordinación con la Dirección de Finanzas y de Administración.
Quien lo emite	Encargado de Pago a Proveedores
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados y el Jefe de Egresos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original*: ● Proveedor *Copia*: ● Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando se reciben facturas de un proveedor a cobro.



Municipio de Santiago papasquiaro, Dgo.

ADMINISTRACION: 2016-2019 R.F.C. MSP-620102-9D2
Riva Palacio No. 19 Col. Centro
Tel. 01(674) 862-02-68 Ext. 22 C.P. 34630

FECHA:

DS *CONTRA-RECIBO:*

Recibimos de:

Los Siguientes Documentos a Revision:

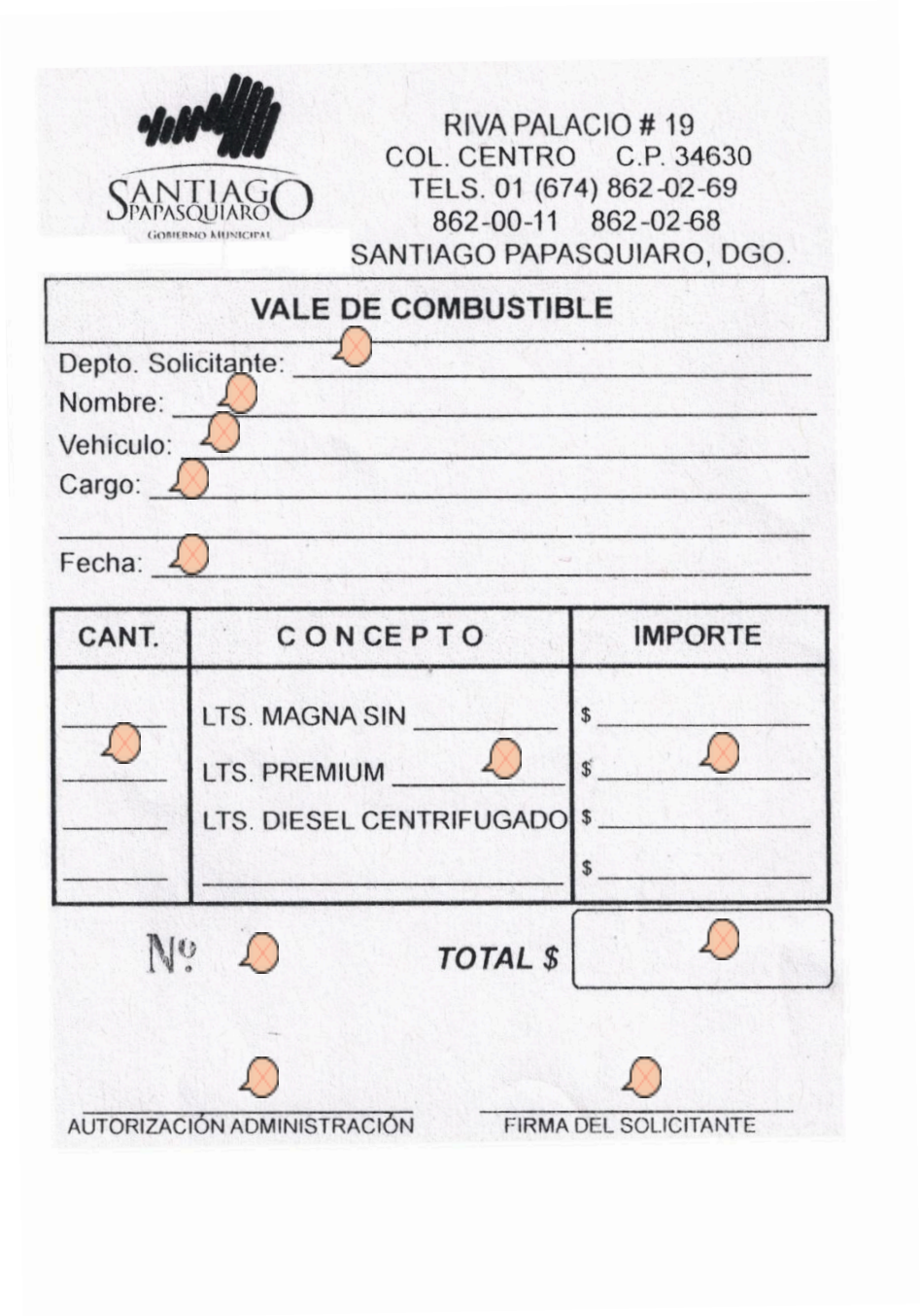
FACTURA NUMERO	IMPORTE
Total $	

Fecha Probable de pago	
Firma	

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el documento.
2	**Contra-recibo**	Numero consecutivo de control de emisión de este formato.
3	**Recibimos de**	Nombre del proveedor del que se recibió mercancía o un servicio.
4	**Factura numero**	Referencia de la factura correspondiente a la mercancía o servicio recibido.
5	**Importe**	Importe total señalado en la factura.
6	**Total**	La suma de la columna “Importe”.
7	**Fecha probable de pago**	Día, mes y año en la que se tiene considerado al proveedor del monto señalado en el campo “Total”.
8	**Firma**	Firma de quien genera el contra recibo.
9	**Sello**	Sello de la Dirección de Finanzas y Administración.

Vale de combustible

Uso	Representa la orden que se entrega al proveedor, para el surtimiento de combustible y lubricante para los vehículos oficiales del Ayuntamiento.
Quien lo emite	Dirección de Finanzas y de Administración.
Control de folios	Si, los formatos serán foliados de imprenta y la Dirección de Finanzas y de Administración es responsable de su control.
Distribución	*Original*: ● Servidor público del área solicitante/Proveedor/contabilidad. (El formato se entrega al servidor público que surte, quien a su vez lo entrega al proveedor, y este a su vez lo deberá anexar a la factura de cobro correspondiente. *Copia*: 1. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cada vez que sea requerido abastecer de combustible o lubricantes a un vehículo oficial.



SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

RIVA PALACIO # 19
COL. CENTRO C.P. 34630
TELS. 01 (674) 862-02-69
862-00-11 862-02-68
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.

VALE DE COMBUSTIBLE

Depto. Solicitante: _____

Nombre: _____

Vehículo: _____

Cargo: _____

_____

Fecha: _____

CANT.	C O N CE P T O	IMPORTE
_____	LTS. MAGNA SIN _____	$ _____
_____	LTS. PREMIUM _____	$ _____
_____	LTS. DIESEL CENTRIFUGADO	$ _____
_____	_____	$ _____

Nº

TOTAL $

_____
AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Depto. Solicitante**	Nombre de la unidad administrativa donde está suscrito el solicitante.
2	**Nombre**	Nombre completo de la persona a la que se le hace entrega de este formato.
3	**Vehículo**	Nombre del vehículo al que se le aplicará el combustible.
4	**Cargo**	Finalidad para la que se destinará el uso del combustible.
5	**Fecha**	Día, mes y año de la solicitud de este formato.
6	**Cant.**	Número de litros que se le surtirá al vehículo especificado.
7	**Concepto**	Tipo de combustible a surtir.
8	**Importe**	Importe total correspondiente a los litros y tipo de combustible a surtir.
9	**Folio**	Numero consecutivo de control de emisión de este formato, mismo que debe estar impreso en el comprobante desde la misma imprenta.
10	**Total**	La suma de la columna de “Importe”.
11	**Autorización Administración**	Firma o sello del Director de Finanzas y Administración.
12	**Firma del Solicitante**	Firma de la persona a la que se le hace entrega de este formato.

Transferencia de bienes muebles

Uso	Documentar la transferencia de la custodia de un bien mueble de una unidad administrativa a otra.
Quien lo emite	Titular de la unidad administrativa que transfiere.
Control de folios	No es necesario. Su uso es esporádico e interno.
Distribución	*Original*: ● Oficial Mayor. *Copias*: 1. Titular del área que solicita. 2. Titular del área que entrega.
Periodicidad	Cuando se acuerde por las unidades administrativas la reubicación de un bien mueble.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

TRANSFERENCIA DE BIENES MUEBLES

Fecha

Transfiere	**Recibe**

H. Oficial Mayor del Ayuntamiento, los aquí firmantes, en nuestra calidad de titulares de las Unidades Administrativas que se señalan, solicitamos que se realicen los trámites administrativos necesarios para el cambio de registros y reexpedición de resguardos de los siguientes bienes que por necesidades del servicio, han sido transferidos:

Código de control patrimonial	**Descripción del bien**	**Estado físico**

Entrega	Recibe	Vo.Bo. Oficialía Mayor

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día mes y año en que se formaliza la transferencia física de bienes muebles.
2	**Transfiere**	Denominación oficial de la Unidad administrativa que tenía el bien mueble y que lo está transfiriendo.
3	**Recibe**	Denominación oficial de la Unidad administrativa que recibe el bien mueble para su resguardo definitivo.
4	**Código de control patrimonial**	Código de control patrimonial del bien mueble asignado al conforme a los lineamientos y criterios establecidos.
5	**Descripción del bien**	Nombre, marca, material, color, modelo, serie y cualquier otra característica necesaria para la plena identificación del bien; conforme a la descripción registrada en el resguardo vigente.
6	**Estado físico**	Estado físico en que ese encuentra el bien, pudiendo ser: ● **Funcional**.- El bien se encuentra en condiciones de funcionalidad que no requieren reparaciones para su funcionamiento. ● **Reparable**.- El bien se encuentra en medianas condiciones que pueden limitar su funcionamiento que ameritan su pronta programación para mantenimiento correctivo. Aunque existe la calidad de *Inservible*, sin embargo, es de esperarse que bienes en estas condiciones no sean transferidos si no solicitada su baja definitiva en su caso.
7	**Entrega**	Nombre y firma del Titular de la unidad administrativa que transfiere.
8	**Recibe**	Nombre y firma del Titular la unidad administrativa que recibe y asume la responsabilidad de su uso y custodia.
9	**Vo.Bo. Oficialía Mayor**	Nombre, cargo y firma de la persona autorizada de la Oficialía Mayor del Ayuntamiento para el control patrimonial.

Resguardo de bienes muebles

Uso	Hacer constar la responsabilidad administrativa y material asumida, respecto de los bienes muebles que han sido asignados a un servidor público para su uso y custodia.
Quien lo emite	Auxiliar Administrativo de Oficial Mayor.
Control de folios	Sí, lo maneja Auxiliar Administrativo de Oficialía Mayor.
Distribución	Original: ● Oficialía Mayor. Copia: 1. Resguardatario.
Periodicidad	Cuando entregue un bien mueble a un servidor público para su uso y custodia.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

Oficialía Mayor

RESGUARDO DE BIENES MUEBLES

Fecha de emisión

Folio

Servidor público responsable de la custodia de los bienes enlistados	Unidad administrativa/Área

No.	Código de control patrimonial	Descripción	Número de serie	Estatus	Valor de reposición	Observaciones del resguardatario

AL FIRMAR EL PRESENTE RESGUARDO ME OBLIGO A :

1) DEVOLVER EN BUEN ESTADO EL MOBILIARIO Y/O EQUIPO EN EL MOMENTO QUE SEA REQUERIDO POR LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.

2) CONSERVAR EN OPTIMAS CONDICIONES EL MOBILIARIO Y EQUIPO, ASÍ COMO VIGILAR EL OPTIMO MANTENIMIENTO DEL MISMO DE NO SER ASÍ ACEPTO LA RESPONSABILIDAD POR EL MAL USO O DETERIORO QUE OTRA PERSONA PUEDA DARLE AL MISMO.

3) DEVOLVER EL MOBILIARIO Y/O EQUIPO A LA OFICIALÍA MAYOR CUANDO POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA DEJE DE ESTAR A MI CARGO Y CANCELAR ESTE RESGUARDO, DE NO SER ASÍ ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DEL MISMO.

4) CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO Y DE LOS MUNICIPIOS DE DURANGO ART. 47 FRACCIÓN III.

5) DAR AVISO FORMAL AL RESPONSABLE DE CONTROL DE ACTIVO FIJO EN CASO DE CAMBIO, DESTRUCCIÓN, EXTRAVÍO O ROBO, DE LO CONTRARIO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE REPONER EL BIEN POR OTRO DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS, CALIDAD Y MARCA

Entregué el bien	Recibí a entera satisfacción

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha de emisión**	Día, mes y año en que se formuló el resguardo.
2	**Folio**	El número consecutivo que le corresponde al formato.
3	**Nombre del servidor público responsable de la custodia de los bienes enlistados**	Nombre completo del resguardatario.
4	**Unidad administrativa/Área**	Nombre de la unidad administrativa o área específica a la que se encuentra adscrito el resguardatario y en la que se espera encontrar el bien mueble físicamente.
5	**No. (Número)**	Numeración consecutiva de los bienes que se relacionan.
6	**Código de control patrimonial**	Código de control patrimonial asignado para la catalogación del bien mueble conforme a los lineamientos establecidos. Este código deberá estar adherido al bien entregado mediante una etiqueta; en caso de no tenerlo, no se podrá entregar el bien hasta colocársela.
7	**Descripción**	El nombre, marca, tipo, color, dimensiones, materiales, medida y cualquier otro dato necesario para la identificación de los bienes; conforme a los criterios establecidos en el manual y lineamientos respectivos.
8	**Número de serie**	En su caso, código único asignado por el fabricante para identificación. En caso de que el bien no cuente con dicho número, dejar este espacio en blanco.
9	**Estatus**	Estado físico en que ese encuentra el bien, pudiendo ser: ● **Funcional**.- El bien se encuentra en condiciones de funcionalidad que no requieren reparaciones para su funcionamiento. ● **Reparable**.- El bien se encuentra en medianas condiciones que pueden limitar su funcionamiento que ameritan su pronta programación para mantenimiento correctivo. Existe la calidad de Inservible, sin embargo es de esperarse que bienes en estas condiciones no sean entregados en resguardo.
10	**Valor de reposición**	Costo de adquisición bien mueble en pesos y centavos.; mismo que sirve de primera referencia (más no definitiva) en caso de que se requiera deslindar responsabilidad de reposición.
11	**Observaciones del resguardatario**	Cualquier señalamiento acerca del bien mueble que voluntariamente puede hacer el resguardatario.
12	**Entregué el bien**	Nombre y firma del Oficial Mayor, o del servidor público que haya designado formalmente para el control patrimonial.

No.	Concepto	Se debe anotar
13	**Recibí a entera satisfacción**	Nombre, cargo y firma del servidor público quien asume la responsabilidad de la custodia de los bienes muebles enlistados.

Acta de validación de inventario físico de bienes muebles

Uso	Dejar constancia documental de los ejercicios de control patrimonial de validación de la existencia y estado de los bienes muebles asignados a una unidad administrativa o área específica, circunstanciando a quienes intervinieron, los hechos y resultados del mismo.
Quien lo emite	Responsable de control patrimonial adscrito a la Oficialía Mayor.
Control de folios	Si, lo maneja quien lo emite, de manera manual y solo para fines de referencia.
Distribución	Original: ● Oficial Mayor Copia: 1. Personal de enlace de la unidad administrativa quien interviene en la realización del inventario físico. 2. Segunda copia en caso que las discrepancias obtenidas ameriten notificar a la Contraloría Municipal.
Periodicidad	Cuando se realicen inventarios, según el programa de verificaciones correspondiente.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.
ACTA DE VALIDACIÓN DE INVENTARIO FÍSICO DE BIENES MUEBLES

Lugar	Fecha:	Hora:
Unidad administrativa		

Los aquí firmantes, hacemos constar que con esta fecha nos reunimos para iniciar los trabajos de verificación y validación de los bienes patrimoniales adscritos a esta unidad administrativa, conforme a los bienes relacionados en los resguardos y demás documentación presentada por la representación de la Oficialía Mayor quien interviene. Para la realización de los trabajos, el (la) responsable de control patrimonial C. _____, adscrito (a) a la Oficialía Mayor, debidamente acreditado(a); se dirigió con el enlace designado por el titular de esta Unidad Administrativa, función que cumplió el (la) C. _____quien señaló la ubicación y señalización de los bienes muebles. Procediendo a inspeccionar en las áreas que fueron indicadas, verificando la existencia de los bienes relacionados en el que forma parte integral de este documento, mismo que contiene las claves y marcas que explican la situación y físico del bien; requiriendo que, en su caso, se presentará la documentación que acredite los motivos de cualquier inconsistencia identificada.

Una vez concluida la revisión, las observaciones marcadas en el listado mencionado fueron analizadas por parte del enlace designado, haciendo las siguientes manifestaciones:

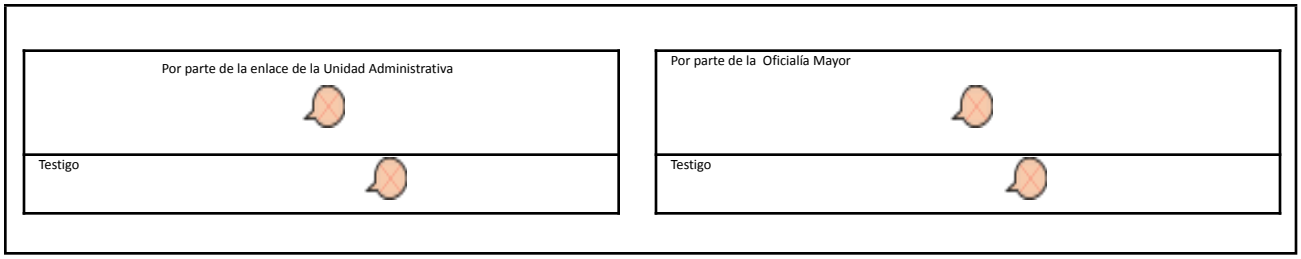
Código del bien	Observación	Explicación por parte del enlace

Acto seguido se ofreció un espacio adicional para cualquier otra manifestación general que requieran quienes participaron en la diligencia:

Manifestaciones de las partes

Por parte del enlace de la unidad administrativa.
Por parte de la Oficialía Mayor

No habiendo nada más que hacer constar, se dio por concluida la diligencia en el día _____ de _____ de _____ a las ____:_____ ; firmando al margen y al calce de la presente constancia y de cada uno de los documentos que forman parte integral de la misma, en la fecha y hora señaladas por parte de quienes en ella intervinieron.



No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	El Número consecutivo correspondiente según los formatos expedidos anteriormente.
2	**Lugar**	El lugar geográfico en que se realiza, lo cual es importante para complementar el valor legal del acta.
3	**Fecha**	Día, mes y año en que se realiza el inventario.
4	**Hora**	De igual forma la hora es indispensable para ubica el evento en el tiempo Ejemplos: "*09:40"; "14:20", etc.*
5	**Unidad administrativa**	Denominación oficial de la unidad administrativa a la que se interviene para la realización del inventario.
6	**Responsable de control patrimonial**	Nombre completo y cargo del servidor público que acude a la unidad administrativa en calidad de responsable de control patrimonial, en representación del Oficial Mayor.
7	**Enlace de la unidad administrativa**	Nombre completo y cargo del servidor público quien atiende al responsable de control patrimonial para la realización del inventario físico; quien debe ser designada por el titular de la unidad administrativa mediante oficio que se anexará al acta.
8	**Código del bien**	El código de control patrimonial asignado al bien mueble que presentó alguna situación observable.
9	**Observación**	La circunstancia especial que se observó del bien, pudiendo ser entre otras, alguna de los siguientes: ● Se encuentra en el listado, pero no físicamente. ● Se encuentran físicamente pero no en el listado. ● Sin etiqueta de control patrimonial. ● Se encuentra dañado o inservible. ● Se encuentra prestado a otra unidad administrativa. ● Fue dado de baja. ● Se encuentra extraviado.

No.	Concepto	Se debe anotar
10	**Explicación por parte del enlace**	Espacio disponible para transcribir cualquier explicación razonable que pretenda dar el servidor público quien funge como enlace, en relación a la observación.
11	**Por parte del enlace de la unidad administrativa (Manifestaciones)**	Cualquier declaración general sobre el proceso que el enlace quiera manifestar, esto con la finalidad de darle el valor jurídico de acta administrativa.
12	**Por parte de la Oficialía Mayor (Manifestaciones)**	En necesario equilibrio jurídico, se concede la palabra a quien levanta el acta, normalmente la representación se reserva hacer comentarios, salvo que lo considere significativo, y en su caso, haberlo consultado con el Oficial Mayor.
13	**Fecha y hora de cierre del acta**	Registrar la fecha y la hora en la que se considera cerrada el acta, también para fines legales.
14	**Por parte de la unidad administrativa**	Nombre, firma y cargo del enlace de la unidad administrativa quien participó en el inventario físico; en caso de no haber recibido su designación por oficio (que se anexaría al acta), deberá firmar el titular de la unidad.
15	**Por parte de la Oficialía Mayor**	Nombre, Firma Y Cargo Del Representante Del Oficial Mayor.
16	**Testigos**	Nombre y firma de dos personas quienes fungen como testigos de asistencia, es decir, solo para constatar que quienes participan en el acto y firman estaban presentes en el proceso.

Salida del almacén

Uso	Documentar la autorización para la entrega de bienes del almacén.
Quien lo emite	Titular del área solicitante.
Control de folios	No es necesario, ya que se utiliza en diversas áreas y direcciones del Ayuntamiento.
Distribución	*Original*: ● Encargado de resguardar los bienes.
Periodicidad	Cuando se autorice la entrega de bienes del almacén.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.
SALIDA DEL ALMACÉN

Fecha de solicitud: 1

Fecha de Entrega:

Unidad administrativa/Área solicitante

No. de requisición:

Cantidad	Unidad	Código	Descripción	Costo Unitario	Costo total
Costo total de la salida					

Autorizó	**Recibí**	Entregué

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha de solicitud**	Día, mes y año en que se realiza la solicitud de bienes al almacén. Lo registra quien elabora el formato.
2	**Fecha de entrega**	Día, mes y año en que se entregan efectivamente los bienes por almacén. Lo registra el encargado del Almacén.
3	**Unidad Administrativa/Área solicitante**	Denominación oficial de la Unidad Administrativa o área específica quien solicita los bienes.
4	**No. de requisición**	El folio de referencia de la "*Requisición"* que en su momento se hizo de los bienes (*Ver el instructivo del formato*). Es un campo obligatorio.
5	**Cantidad**	Con número, cantidad de unidades de los bienes que se entregan.
6	**Unidad**	La forma en que se valoran o manejan los bienes (cajas, paquetes, litros, kilos, etc.).
7	**Código**	Si los bienes que se entregan tienen un código de control, registrarlo.
8	**Descripción**	El nombre, marca, color, material, tamaño, dimensiones y cualquier otro dato que permita la identificación plena de los bienes que se entregan; conforme a los criterios establecidos en los manuales respectivos.
9	**Costo Unitario**	Valor por unidad del bien entregado, conforme a los registros de su recepción y al sistema de valuación establecido.
10	**Costo total**	Resultado de multiplicar la cantidad (5) por el costo unitario (9).
11	**Costo total de la salida**	La suma de la columna del costo total (10). Valor que es importante pues permitirá su adecuado registro contable.
12	**Autorizó**	Nombre completo, cargo y firma del titular de la unidad administrativa quien requiere los bienes; quien avala la necesidad, destino y uso de los bienes que se entregan.
13	**Recibí**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público quién recibió los bienes y que lo hace responsable de la transparencia del uso o destino que se les dé.
14	**Entregué**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público adscrito al almacén quien entregó los bienes.

Cotización mensual a tres proveedores

Uso	Determinar los proveedores y los precios más convenientes para el Ayuntamiento de los artículos que serán necesarios adquirir para la realización de un proyecto de obra e identificar los proveedores que proporcionarán estos artículos manteniendo los precios cotizados.
Quien lo emite	Jefe de Adquisiciones.
Control de folios	No es necesario ya que solo es una relación de precios cotizados.
Distribución	*Original*: ● Jefatura de Recursos Materiales.
Periodicidad	Cada mes se tiene que generar una lista actualizada para generar los presupuestos de obra lo más acertados posibles.

COTIZACIÓN MENSUAL TRES PROVEEDORES

CORRESPONDIENTE AL MES DE

ARTÍCULOS DE CONSTRUCCIÓN

CANTIDAD	UNIDAD	CONCEPTO	PROVEEDOR 1	PROVEEDOR 2	PROVEEDOR 3	RESOLUCIÓN
2	3					

FORMULA

AUTORIZA

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Correspondiente al mes de**	Mes expresado en letra del mes cuando se realiza la cotización
2	**Cantidad**	Número de artículos correspondiente al campo “Concepto”.
3	**Unidad**	Tipo de medida del artículo correspondiente al campo “Concepto”.
4	**Concepto**	Nombre del artículo cotizado mencionando brevemente sus características que permitan diferenciarlo de artículos similares.
5	**Proveedor (1, 2, 3)**	Nombre, razón o denominación social de los proveedores con los que se cotizaron los artículos correspondientes al campo “Concepto”.
6	**Resolución**	Nombre, razón o denominación social del proveedor escogido por el Ayuntamiento para aprovisionar de los materiales cotizados.
7	**Formula**	Nombre y firma de la persona que realiza la cotización.
8	**Autoriza**	Nombre y firma del Jefe de Recursos Materiales.

Bitácora de detenidos

Uso	Llevar un registro de las personas ingresadas al Separo de la Cárcel Municipal para posibles futuras aclaraciones.
Quien lo emite	Alcaide en turno.
Control de folios	No es necesario, pues solo es un registro de las personas ingresadas.
Distribución	*Original*: ● Director de Seguridad Ciudadana y Vial. ● Juez Administrativo. **Se llenan a la par los dos tantos.*
Periodicidad	Cada vez que se remite una persona al Separo de la Cárcel Municipal.

ASUNTO: SE RINDE PARTE DE NOVEDADES

Santiago Papasquiaro, Dgo., a _____ de _____del _____

NOMBRE:
CARGO:
SANTIAGO PAPASQUIARO, DGO.
P R E S E N T E

Por medio del presente me permito informar a Usted, sobre las personas que en la fecha se encuentran recluidas por Faltas Administrativas o por Diferentes Delitos, como a continuación se mencionan.

HORA	FECHA	NOMBRE	EDAD	CORPORACION	MOTIVO

OTRAS NOVEDADES:

ATENTAMENTE

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año cuando se da inicio al registro.
2	**Nombre**	Nombre completo de a quién va dirigido el registro de este formato.
3	**Cargo**	Puesto que desempeña la persona mencionada en el campo *"Nombre".*
4	**Hora**	Hora del ingreso del detenido al Separo de la Cárcel Municipal.
5	**Fecha**	Día, mes y año del ingreso del detenido al Separo de Cárcel Municipal.
6	**Nombre**	Nombre completo del detenido.
7	**Edad**	Edad en años del detenido cuando fue ingresado al Separo de la Cárcel Municipal.
8	**Corporación**	Cuerpo policial que detuvo al infractor.
9	**Motivo**	Breve descripción de los motivos por los que se detuvo al infractor.
10	**Otras Novedades**	Notas adicionales relacionadas a los registros dentro de este formato.
11	**Atentamente**	Nombre completo y firma del alcaide en turno que completa la hoja de registro.

Pertenencias del detenido

Uso	Dar registro de las pertenencias retenidas al infractor cuando ingreso al Separo de la Cárcel Municipal y dar constancia de la entrega de estas.
Quien lo emite	Alcaide en turno.
Control de folios	No es necesario, pues solo es un registro de las personas ingresadas.
Distribución	*Original*: ● Separo de la Cárcel Municipal.
Periodicidad	Cada vez que se remite una persona al Separo de la Cárcel Municipal.

CÁRCEL MUNICIPAL

PERTENENCIAS DEL DETENIDO	**DIA**	**MES**	**AÑO**
DINERO EN EFECTIVO:	TARJETAS:		
RELOJ:	CELULAR:		
CINTURON:	CINTAS:		
CACHUCHA:	CARTERA:		
LLAVES:	SOMBRERO:		
OTROS:			
RECIBI DE CONFORMIDAD:_____ RESPONSABLE DE PERTENENCIAS			

RECIBE: INTERNACIÓN	DE CONFORMIDAD	ENTREGA:LIBERACIÓN
_____	_____	_____
ALCAIDE EN TURNO	FIRMA DETENIDO	ALCAIDE EN TURNO

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha de emisión**	El día, mes y año, en que se elaboró el levantamiento de inventario de las pertenencias del detenido.
2	**Pertenencias de detenido**	Descripción de los objetos confiscados al detenido clasificadas por los conceptos más utilizados, mencionando la cantidad y características de estas.
3	**Responsable de pertenencias**	Firma del detenido dando constancia de que se le devolvieron las pertenencias al momento de su liberación.
4	**Recibe: Internación**	Firma del alcaide que confisca las pertenencias del detenido.
5	**De conformidad**	Firma del detenido dando constancia de que lo registrado en el formato coincide con las pertenencias confiscadas.
6	**Entrega: Liberación**	Firma del alcaide que hace entrega de las pertenencias al detenido en el momento de su liberación.

Incidencias de nómina

Uso	Dejar constancia de las incidencias que ocasionan modificaciones en la nómina de un periodo determinado, tales como altas, bajas, modificaciones de salario, ausentismo, compensaciones, descuentos, etc.
Quien lo emite	Jefe de Recursos Humanos.
Control de folios	No es necesario, ya que se vincula por la referencia al periodo de nómina que se aplica.
Distribución	*Original*: ● Coordinador de Nóminas
Periodicidad	Cada periodo de nómina.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

INCIDENCIAS DE NÓMINA

1

Aplicables a la nómina del _____ al _____ de 20____

Para efectos del cálculo de la nómina señalada, aplicar las siguientes modificaciones.

Clave	Empleado	Ubicado en la nómina de	Días	Importe	Comentarios

☐ No hay modificaciones

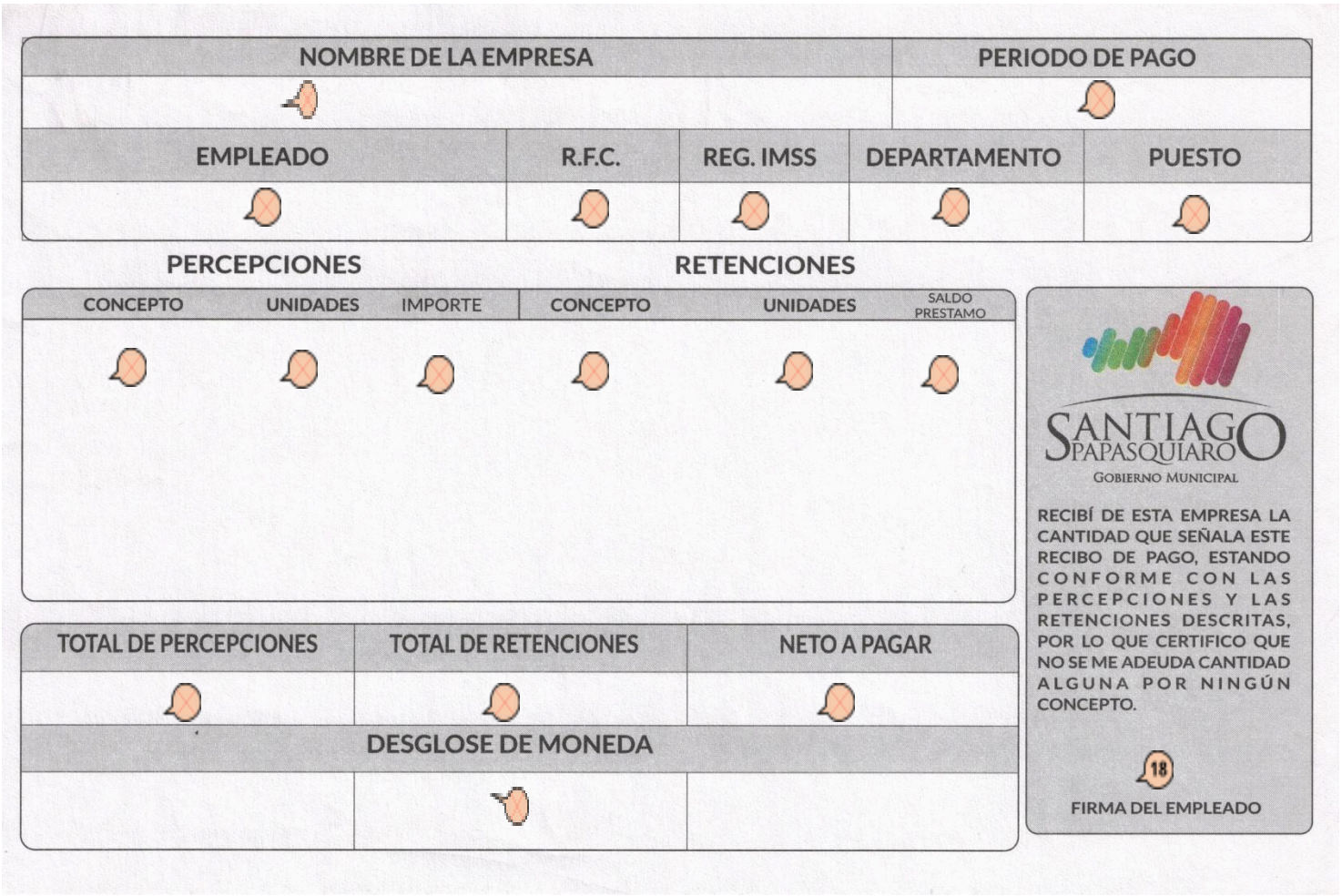
Elaboró	Autorizó Director de Recursos Humanos	Registró

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Aplicables a la nómina del___ al**	Anotar el rango de fechas que corresponde a la nómina a la que se aplicarán las incidencias.
2	**Clave**	Registrar con mucho cuidado, la clave de la incidencia a aplicar, pues tiene efectos legales diferentes, según los siguientes códigos: A = Alta B = Baja F = Inasistencias HE = Tiempo extraordinario PD = Prima dominical PV = Prima vacacional MS = Modificación de salario C = Compensación DP = Descuento por préstamo ** El área de contabilidad, en acuerdo con la Dirección de Recursos Humanos, definirán las claves adicionales necesarias para identificar toda clase de incidencia.* ** En caso de que sea necesario aplicar más de una incidencia al mismo empleado, se usarán líneas adicionales (solo una línea por incidencia).*
3	**Empleado**	Nombre completo del empleado al que se debe aplicar la incidencia, si cuenta con código, incluirlo.
4	**Ubicado en la nómina de**	Anotar la nómina de Dirección o área en la que se encuentra adscrito el trabajador, conforme al sistema de computacional de nómina que se maneje.
5	**Días**	Si la incidencia se calcula en base a días, según la clave señalada, registrar el número a aplicar, se podrán considerar fracciones si los lineamientos del concepto lo permiten. En caso de ser por monto, dejar este campo en blanco.
6	**Importe**	Si la incidencia se calcula en base a importe económico, según la clave señalada, registrar el importe a aplicar. En caso de ser por días, dejar este campo en blanco.
7	**Comentarios**	Cualquier instrucción o precisión adicional que facilite el criterio de aplicación de la incidencia a quien calcula la nómina.
8	**No hay modificaciones**	En caso de no haber modificaciones en el periodo de la nómina, de todas formas, debe enviarse el formato dejando en blanco los renglones de incidencias y marcando con una “X” el recuadro de este campo. De esta forma se deja constancia de un proceso y no se corre el riesgo de confusiones en caso de errores u omisiones.
9	**Elaboró**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público quien recopiló la evidencia de las incidencias y preparó el reporte.

No.	Concepto	Se debe anotar
10	**Autorizó**	Nombre y firma del Director de Recursos Humanos.
11	**Registró**	Nombre, cargo y firma del servidor público quien registró las incidencias en la nómina.

Recibo de nómina

Uso	Constancia de la entrega y recepción del salario y las prestaciones al empleado municipal. Siendo en lo esencial una réplica de los datos de la nómina, pero individualizado para cada empleado, quienes al firmarlo hacen constar el cobro de sus emolumentos, y liberar al Ayuntamiento de cualquier adeudo por tales conceptos.
Quien lo emite	Responsable de Nómina.
Control de folios	No, únicamente se hace referencia al periodo que corresponde el pago.
Distribución	*Original*: ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copia*: 1. Trabajador. 2. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando se elabora la nómina, ya sea semanal, quincenal o extraordinario (aguinaldo).



NOMBRE DE LA EMPRESA	PERIODO DE PAGO
1	2

EMPLEADO	R.F.C.	REG. IMSS	DEPARTAMENTO	PUESTO
3	4	5	6	7

PERCEPCIONES

CONCEPTO	UNIDADES	IMPORTE
8	9	10

RETENCIONES

CONCEPTO	UNIDADES	SALDO PRESTAMO
11	12	13

TOTAL DE PERCEPCIONES	TOTAL DE RETENCIONES	NETO A PAGAR
14	15	16

DESGLOSE DE MONEDA

	17	

SANTIAGO PAPASQUIARO
GOBIERNO MUNICIPAL

RECIBÍ DE ESTA EMPRESA LA CANTIDAD QUE SEÑALA ESTE RECIBO DE PAGO, ESTANDO CONFORME CON LAS PERCEPCIONES Y LAS RETENCIONES DESCRITAS, POR LO QUE CERTIFICO QUE NO SE ME ADEUDA CANTIDAD ALGUNA POR NINGÚN CONCEPTO.

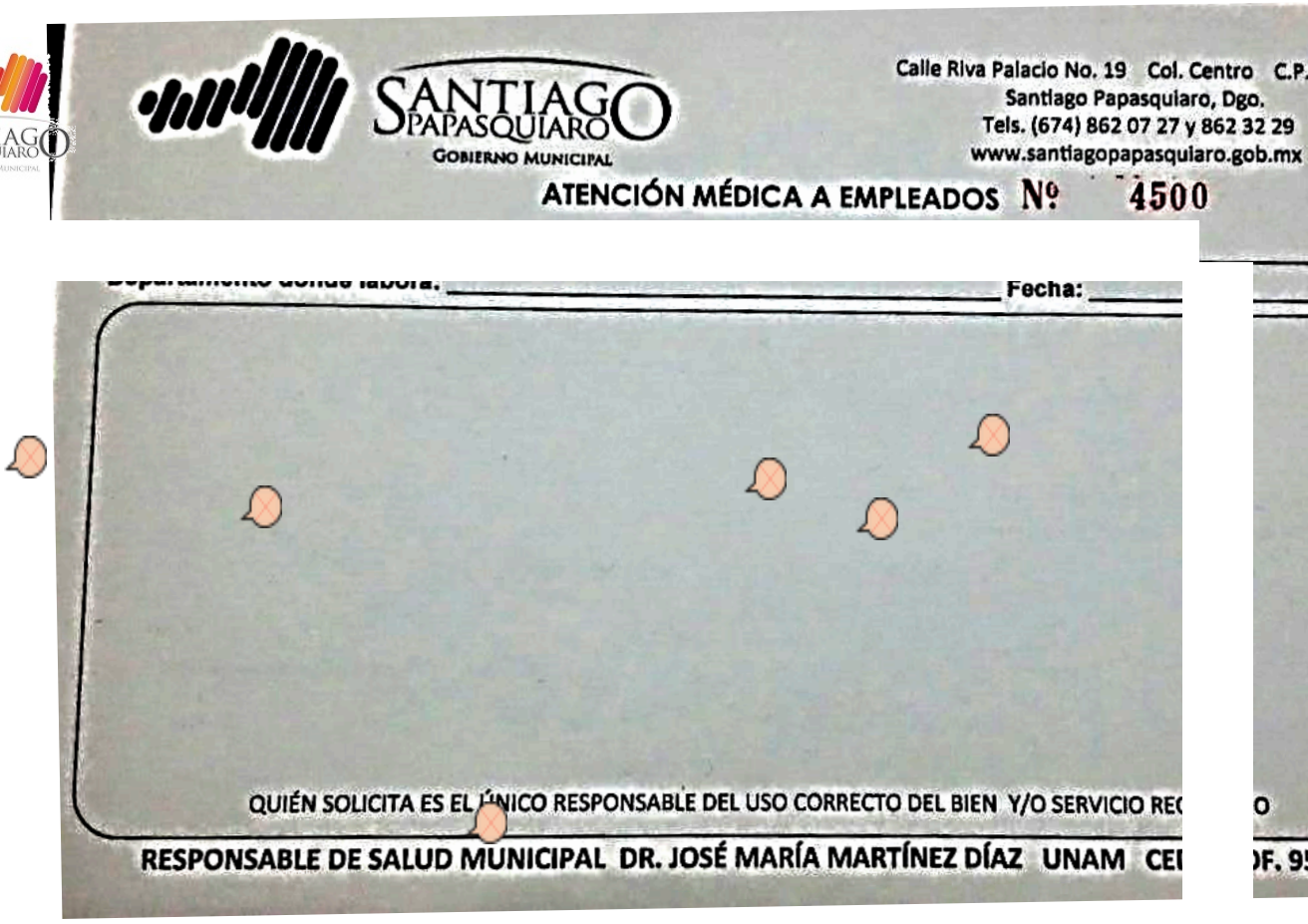
18

FIRMA DEL EMPLEADO

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Nombre de la Empresa**	Nombre completo del Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro
2	**Periodo de Pago**	El periodo por el cual se realiza el pago al trabajador.
3	**Empleado**	Nombre completo del trabajador al que se le realizó el pago por la contraprestación de sus servicios.
4	**R.F.C.**	Clave alfanumérica correspondiente al trabajador.
5	**Reg. IMSS**	Debe registrar el número de afiliación del trabajador ante la instancia de seguridad social correspondiente
6	**Departamento**	Nombre de la Unidad Administrativa a la que está suscrito el trabajador.
7	**Puesto**	Nombre del puesto que desempeña el trabajador.
8	**Concepto**	Descripción de la percepción que se le pagará al trabajador por sus servicios prestados.
9	**Unidades**	
10	**Importe**	Cantidad en pesos y centavos de la percepción correspondiente al concepto señalado en el mismo renglón.
11	**Concepto**	Descripción de la deducción que se le retendrá al trabajador por sus servicios prestados.
12	**Unidades**	
13	**Saldo Préstamo**	Cantidad en pesos y centavos de la deducción correspondiente al concepto señalado en el mismo renglón.
14	**Total de Percepciones**	La suma de la columna importe de las percepciones que se le pagarán al trabajador.
15	**Total Deducciones**	La suma de la columna importe de las percepciones que se le pagarán al trabajador.
16	**Neto a Pagar**	La suma de la columna “importe” de las percepciones menos la suma de la columna “importe de las retenciones, monto que a la vez deberá coincidir con el dinero entregado al empleado según el sistema de pago manejado por el Ayuntamiento (Sobres de efectivo, cheque, dispersión a cuentas de débito).
17	**Desglose de Moneda**	Tipo de moneda con la que se le pagara al trabajador la cantidad que sale en el neto a pagar.
18	**Firma del Empleado**	Firma del trabajador; procurar tener un método para verificar periódicamente que las firmas de los recibos coincidan con documentación oficial.

Atención médica a empleados

Uso	Controlar el aprovisionamiento de medicamento o la prestación de servicios médicos necesarios para mantener la salud integral de los derechohabientes.
Quien lo emite	Médicos Generales adscritos a la Subdirección de Servicios Médicos
Control de folios	Si, los formatos vienen foliados de imprenta y el Subdirector de Servicios Médicos se encarga de verificar que se lleve un control.
Distribución	*Original:* ● Derechohabiente/Farmacia del Ayuntamiento/Hospital General/Farmacias Privadas (El médico le entrega el formato original al derechohabiente para que este reciba el medicamento o servicio médico indicado dependiendo de la disponibilidad del proveedor). *Copias:* ● Derechohabiente ● Subdirector de Servicios Médicos
Periodicidad	Cada vez que el médico que diagnostica a un paciente y determina que requiere la prescripción de medicamento o la prestación de un servicio médico.



No.	Concepto	Se debe anotar
	Paciente	Nombre completo del paciente consultado.
3	**Empleado**	Nombre completo del servidor público del ayuntamiento al que se le presta el servicio.
4	**Departamento donde labora**	Unidad Administrativa a la que está suscrito el trabajador del ayuntamiento.
5	**Fecha**	Día, mes y año en el que se está prestando el servicio.
6	**Espacio en blanco contorneado**	Observaciones y/o prescripción médica para el paciente.
7	**Firma**	Firma del médico general que prescribe la receta.

Relación de cheques entregados

Uso	Dejar evidencia de los cheques entregados a la caja general para su entrega a los beneficiarios.
Quien lo emite	Jefe de egresos
Control de folios	Si es controlado.
Distribución	*Original*: Auxiliar de egresos
Periodicidad	Cada vez que se entregan cheques al auxiliar administrativo para que haga entrega a los beneficiarios correspondientes.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

RELACIÓN DE CHEQUES ENTREGADOS

1

fecha:

Por este conducto se le está haciendo entrega de los siguientes cheques de las cuentas bancarias del H. Ayuntamiento, mismos que deberá custodiar y en su momento, entregar a los beneficiarios indicados, por concepto de:

Pag☐ Proveedores Bec☐os Ap☐s de programas Ot☐

No. de cheque	Banco	Cuenta	Beneficiario	Monto
	4			

Entregué cheques

Recibí para su entrega

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se elaboró el documento.
2	**Concepto**	Marcar con una “X” el motivo general por el cual se le entregan los cheques.
3	**No. (Número) de cheque**	El número consecutivo de control, impreso en cheque por el banco.
4	**Banco**	Nombre de la institución bancaria que pagará el cheque, se puede abreviar.
5	**Cuenta**	Número de la cuenta bancaria, se pueden poner los últimos 5 dígitos.
6	**Beneficiario**	Nombre de la persona o empresa a quien se deberá entregar el cheque, mismo que debe coincidir con el que se encuentra plasmado en el cheque.
7	**Monto**	El importe a pagar indicado en el cheque.
8	**Entregué cheques**	Nombre y firma del Jefe de Egresos.
9	**Recibí cheques para su entrega**	Auxiliar Administrativo de la Dirección de Finanzas y de Administración.

Bitácora de vales de combustible

Uso	Registrar los vales de combustible que se han entregado en un periodo de tiempo determinado para llevar el control de las erogaciones generadas por este concepto.
Quien lo emite	Auxiliar de Combustible.
Control de folios	No es necesario, ya que no es un formato, es un registro.
Distribución	*Original*: ● Jefatura de Egresos. *Copia*: 1. Archivo de la Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Mensualmente, se anexa al informe para la Entidad de Auditoria Superior del Estado de Durango.

BITÁCORA DE COMBUSTIBLES, LUBRICANTES Y ADITIVOS DEL MES DE _____ DEL ____											
N°	FECHA	N° DE PÓLIZA	CÓDIGO DE VEHÍCULO	VEHÍCULO	LITROS OTORGADO				IMPORTE	MOTIVO	AUTORIZACIÓN
					MAGNA	DIÉSEL	PREMIUM	ADITIVOS			

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Del mes de_del_**	Mes y año de este registro contemplando los vales de combustible desde el primer día hasta el último del mes correspondiente.
2	**N°**	Numero consecutivo del renglón a completar.
3	**Fecha**	La fecha de expedición que tiene registrada el vale.
4	**N° de Póliza**	Número de la póliza correspondiente al registro del uso del Vale de Combustible.
5	**Código del vehículo**	Número económico del vehículo al que se le surtió de combustible.
6	**Vehículo**	Nombre completo del vehículo al que se le surtió de combustible.
7	**Litros Otorgados**	Cantidad expresada en número de los litros surtidos al(los) vehículo(s) de gasolina, diésel, gasolina premium y/o aditivos.
8	**Importe**	Importe total correspondiente a los litros y tipo de combustible y/o aditivo surtido.
9	**Motivo**	Breve descripción del uso que se le dio al combustible surtido.
10	**Autorización**	Nombre completo de la persona que autorizo el Vale de Combustible.

Relación de bienes dados de baja

Uso	Informar a la Dirección de Finanzas y Administración sobre los bienes que legalmente han sido desincorporados del patrimonio municipal, por cualquier motivo y amerita su aplicación en los registros contables correspondientes, para que procedan a la actualización de los estados financieros.
Quien lo emite	Jefe de control patrimonial
Control de folios	No.
Distribución	*Original*: ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copia*: 1. Archivo de la Oficialía Mayor.
Periodicidad	Cuando se hayan cubierto las formalidades jurídicas de necesarias para desincorporar un bien patrimonial que fue puesto a disposición de la Oficialía Mayor para su baja y esta haya considerado que no tiene funcionalidad en ninguna otra área del ayuntamiento.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

Folio

RELACIÓN DE BIENES DADOS DE BAJA

Fecha

La siguiente relación de bienes muebles ha cubierto los requisitos y se han realizado procedimientos necesarios para su desincorporación definitiva del patrimonio municipal, siendo menester que se corran los asientos contables pertinentes y de esta forma mantener armonizados los registros auxiliares de control patrimonial con los financieros. Solicitando que se realicen las acciones pertinentes para ello.

Código	Descripción	Unidad administrativa	Valor registrado	Estado

Solicitó aplicación	Autorizó registro contable	Aplicó registro contable	Referencia del registro

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Folio**	El consecutivo de los formatos expedidos anteriormente. No requiere de imprenta, lo asigna y controla quien los elabora.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se elabora el formato.
3	**Código**	Código de control patrimonial asignado a cada bien mueble.
4	**Descripción**	El nombre, marca, color, material, tamaño, dimensiones y cualquier otro dato que permita la identificación plena de los bienes que se relacionan; conforme a los criterios establecidos en los manuales respectivos.
5	**Unidad administrativa**	La denominación oficial de la unidad administrativa en que se encontraba adscrito, para posibles efectos de descargo de costo.
6	**Valor registrado**	Valor por unidad de cada bien relacionado, conforme a cuanto se registró en el sistema de control y registro correspondiente.
7	**Estado**	El estado en que se encuentra el bien al momento de darlo de baja conforme a los criterios establecidos en los manuales respectivos: ● Funcional **(F)** ● Reparable **(R)** ● Inservible **(I)**
8	**Solicitó aplicación**	Nombre completo, cargo y firma del Oficial Mayor; avalando que la baja oficial de los bienes ha sido debidamente sustentada conforme a derecho.
9	**Autorizó registro contable**	Nombre completo, cargo y firma del Director de Finanzas de Administración, que implica la autorización al área de contabilidad de hacer la afectación contable de disminución patrimonial.
10	**Aplicó registro contable**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público quien hizo el registro contable en el sistema.
11	**Referencia del registro**	Se anotará el tipo, número y fecha de la póliza en la que se hizo el registro correspondiente por parte de quien aplicó el registro contable (10).

Bitácora de almacén

Uso	Registrar el ingreso o salida de los bienes al almacén, que incluya la información más significativa de los mismos, para que de esta forma estén disponibles para su entrega a las unidades administrativas que los solicitaron o en su caso puedan requerirlos para el cumplimiento de las diversas actividades que desarrolla el Ayuntamiento.
Quien lo emite	Auxiliar de almacén.
Control de folios	No es necesario, ya que es un registro de operaciones
Distribución	*Original*: ● Jefatura de Recursos Materiales. Copia: ● Dirección de Finanzas y de Administración.
Periodicidad	Cuando se reciban o entreguen bienes en el almacén.

H. Ayuntamiento de Santiago Papasquiaro, Dgo.

BITÁCORA DE ALMACÉN

Hoja _____

Fecha	Código	Referencia	Descripción	Unidad	Cantidad		Precio unitario	Importe total
					Entrada	Salida		

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Hoja**	El folio consecutivo de las hojas de registro.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se realizó la entrada o salida del bien que se registra en la línea.
3	**Código**	La clave que corresponde al bien que se está registrando, conforme a los catálogos existentes de insumos, consumibles o materiales, o en su caso el código de control patrimonial de bienes muebles, en caso de que no cuente con ella, se debe generar una conforme a los propios lineamientos aplicables a cada caso.
4	**Referencia**	El tipo y número del documento que acredita el movimiento, por ejemplo: Fact.1234; OS/567.
5	**Descripción**	Descripción detallada de los bienes que se reciben o entregan; incluyendo, marca, color, tamaño, medida y cualquier otro dato necesario para su identificación plena.
6	**Unidad**	Anotar en abreviatura entendible, la unidad que se usa para el manejo físico, por ejemplo: Pza., Mt., Kg, Lt.
7	**Cantidad**	El número de los bienes recibidos o entregados en las unidades señaladas.
8	**Precio unitario**	El valor por unidad de los bienes que se reciben o entregan conforme a lo consignado en la factura de compra, **debe incluir el IVA y cualquier otro impuesto**.
9	**Importe total**	El Resultado de multiplicar las dos columnas previas: (Cantidad x precio unitario).

Proyecto de finiquito

Uso	Documento para notificar a la Dirección de Finanzas y de Administración de la conclusión de la relación laboral entre un servidor público y el H. Ayuntamiento con el fin de que dicha dirección programe una fecha aproximada del pago remanente correspondiente.
Quien lo emite	Director Jurídico.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copia:* *1.* Dirección Jurídica
Periodicidad	Cada vez que un servidor público da por terminada su relación laboral con el H. Ayuntamiento.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO
PROYECTO DE FINIQUITO

Santiago Papasquiaro, Dgo A ___ de _____ 1 _____ del _____.

Por medio de la presente se da constancia que el servidor publico que suscribe en este documento dio por terminada su relación laboral con el H. Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro, y se solicita a la Dirección de Finanzas y de Administración que se programe la fecha del pago remanente a quien se menciona a continuación.

Datos del Servidor Publico					
Apellido Materno 2	Apellido Paterno 2	Nombre(s) 2			
Unidad Administrativa 3	Puesto 4	RFC 5	CURP 6		
Fecha de Ingreso 7	Fecha de baja 8	Salario Diario 9	Sueldo Base 10	Modalidad de pago 11	Periodo de pago 12

Tipo de Pago por la Terminación de la Relación Laboral			
Finiquito 12	☐ Conclusión de su encargo	13	☐ Rescicion (despido) por causas justificadas
	☐ Renuncia voluntaria		☐ Rescisión (despido) por causas injustificadas
	☐ Vencimiento de contrato		☐ Otro (Especificar)

Percepciones	Importe	Deducciones	Importe
14	14	15	15
Subtotal 16		Subtotal 16	
		Total a pagar Neto	

17

En relación a las percepciones y deducciones descritas anteriormente, resultando el importe neto de $_____ 18 _____ Son: (_____ 19 _____ M.N.), se autoriza el pago del remanente, por la modalidad de pago de _____ 20 _____ con una fecha aproximada programada el dia ___ del mes de _____ 21 _____ del año _____.

22

Director de Finanzas y de Administración

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se generó el formato.
2	**Nombre**	Apellido materno, apellido paterno y el nombre(s) correspondientes al servidor público que deja de formar parte del H. Ayuntamiento.
3	**Unidad Administrativa**	Unidad Administrativa donde estaba suscrito el servidor público mencionado.
4	**Puesto**	Nombre del cargo donde se desempeñaba el servidor público mencionado.
5	**R.F.C**	Registro federal del contribuyente del servidor público mencionado.
6	**CURP**	Clave Única de Registro de Población del servidor público mencionado.
7	**Fecha de ingreso**	Día, mes y año en que servidor público mencionado ingresó a la organización.
8	**Fecha de baja**	Día, mes y año en que servidor público mencionado deja de formar parte del H. Ayuntamiento.
9	**Salario Diario**	Importe proporcional de
10	**Sueldo Base**	Importe total de la remuneración por los servicios prestados en los plazos definidos en el campo “Periodo de pago”.
11	**Modalidad de pago**	Mencionar si el pago por la prestación de los servicios del servidor público mencionado era por medio de dispersión bancaria, cheque o en efectivo.
12	**Periodo de pago**	Mencionar si el periodo de pago por la prestación de los servicios del servidor público mencionado se realizaba semanalmente, quincenalmente o mensualmente.
13	**Tipo de pago por la terminación de la relación laboral**	Marcar con una X el motivo por el cual se dio por terminada la relación laboral. En caso de marcar la casilla “Otro” mencionar de forma breve y concisa el motivo.
14	**Percepciones**	Concepto e importe de las percepciones que le corresponden al servidor público de acuerdo a su fecha de baja.
15	**Deducciones**	Concepto e importe de las deducciones que le corresponden al servidor público de acuerdo a su fecha de baja.
16	**Subtotal**	Suma de los importes de las percepciones y deducciones mencionadas.
17	**Total a pagar neto**	Diferencia de la resta entre las cantidades de los subtotales. Subtotal de percepciones menos subtotal de deducciones.
18	**Importe neto de $**	Cantidad del campo “Total a pagar neto” expresada en número.

19	**Son:(_)M.N.**	Cantidad del campo “Total a pagar neto” expresada en letra.
20	**Modalidad de pago de**	Modalidad por la cual se realizará el pago remanente al servidor público que mencionado siendo estas por transferencia electrónica o por medio de un cheque.
21	**Fecha aproximada**	Día, mes y año en que la Dirección de Finanzas y de Administración considera posible realizar el pago solicitado.
22	**Director de Finanzas y de Administración**	Firma del Director de Finanzas y de Administración.

Oficio de liberación de responsabilidad administrativa

Uso	Documento para dar constancia de la liberación de responsabilidades que tenía el H. Ayuntamiento con el servidor público que da por terminada su relación laboral.
Quien lo emite	Director Jurídico.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Director Jurídico *Copia:* *1.* Contraloría Municipal
Periodicidad	Cada vez que un servidor público da por terminada su relación laboral con el H. Ayuntamiento.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

OFICIO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Para los fines legales que procedan, a los días ___ del mes de _____ de 20___, en la ciudad de Santiago Papasquiaro, Dgo. se da constancia que el que suscribe en la presente, C._____, perteneciente a la Unidad Administrativa_____, habiéndose desempeñado hasta el día en el cargo de _____, en pleno uso de sus facultades, conviene en no entablar acción legal alguna en contra del H. Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro resultado de la extinción de la relación laboral, de mismo modo reconoce y acepta que la organización queda absuelta de cualquier responsabilidad administrativa, económica y legal ante su persona.

Bajo protesta de decir verdad yo, C._____, estoy de acuerdo en liberar a la organización, sus directores, empleados, invitados, representantes, funcionarios, agentes, y a quien demás resulte; de todas reclamaciones, acciones, causas de acción, costos, gastos y demandas de cualquier naturaleza o especie.

He leído cuidadosamente este Oficio de Liberación de responsabilidad administrativa y declaro que no he sido inducido(a) por ninguna solicitud ni directa o indirectamente, ni atraído(a) por cualquier promesa hecha por la organización.

He leído y comprendido el contenido de este documento y convengo en que este Oficio de Liberación de responsabilidad administrativa obligará a mis herederos legales, administradores y cesionarios a honrarlo y cumplirlo.




Nombre completo

Firma

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se generó el formato.
2	**Nombre**	Nombre completo del servidor público que dejo de formar parte del H. Ayuntamiento.
3	**Unidad Administrativa**	Unidad Administrativa donde estaba suscrito el servidor público mencionado.
4	**Puesto**	Nombre del cargo donde se desempeñaba el servidor público mencionado.
5	**Nombre**	Nombre completo del servidor público que dejo de formar parte del H. Ayuntamiento.
6	**Nombre**	Nombre completo del servidor público que dejo de formar parte del H. Ayuntamiento escrito por el mismo.
7	**Firma**	Firma del servidor público mencionado.

Solicitud de gastos a comprobar

Uso	Documento para formalizar la solicitud de gastos para la adquisición de bienes, servicios o arrendamientos que son requeridos urgentemente y la unidad administrativa solicitante se compromete a comprobar en un periodo determinado o reintegrar el recurso otorgado.
Quien lo emite	Unidad administrativa solicitante.
Control de folios	Sí, es necesario para relacionar la solicitud al formato “Comprobación de gastos” y que la Dirección de Finanzas y de Administración lleve un mejor control.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración. *Copia:* *1.* Unidad administrativa solicitante
Periodicidad	Cada vez que una Unidad Administrativa requiera algún bien, servicio o arrendamiento con carácter de urgente.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

SOLICITUD DE GASTOS A COMPROBAR

Santiago Papasquiaro, Dgo. A ___ de_____ del _____

Folio: XX - 0000

Con el fin de cumplir con las actividades que se me han delegado, y por motivos que requieren una solución con carácter de urgente, solicito los bienes, servicios o arrendamientos descritos a continuación, comprometiéndome a comprobar o reintegrar el gasto correspondiente en un plazo máximo de 5 días.

Solicitado por: _____

Unidad Administrativa:_____

Justificación:_____
_____
_____

Concepto	Cantidad	Unidad	Observaciones	Importe
		8		
			Total	

Solicitó	Autorizó
	
Titular de la Unidad Administrativa	Director de Finanzas y de Administración

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se elaboró el formato.
2	**Folio**	Clave de la Unidad Administrativa Solicitante (Ej. DS= Desarrollo social) y número consecutivo en relación a los formatos previamente generados.
3	**Solicitado por**	Nombre completo del servidor público que solicitó el bien, servicio o arrendamiento.
4	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa donde está suscrito el servidor público que realizó la solicitud.
5	**Justificación**	Descripción clara y concisa de los motivos por los que se solicitan los bienes o servicios con carácter de urgente.
6	**Concepto**	Breve descripción del bien, servicio o arrendamiento solicitado. (Ej. Mantenimiento de equipo de cómputo).
7	**Cantidad**	El número de los bienes, servicios o arrendamientos solicitados.
8	**Unidad**	Tipo de medida de los bienes, servicios o arrendamientos.
9	**Observaciones**	Anotaciones adicionales que sirvan como referencia a los bienes, servicios o arrendamientos adquiridos.
10	**Importe**	Costo total del bien, servicio o arrendamiento solicitado (Incluyendo IVA).
11	**Total**	Suma de los montos de la columna “Importe”.
12	**Solicitó**	Nombre y firma del titular de la Unidad Administrativa que realizó la solicitud.
13	**Autorizó**	Firma del Director de Finanzas y de Administración.

Constancia de no adeudo a la Dirección de Finanzas y de Administración

Uso	Documento para dar constancia de los adeudos que tiene un servidor público con el H. Ayuntamiento o para evidenciar la inexistencia de estos.
Quien lo emite	Jefe de egresos
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Servidor público solicitante. *Copia:* *1.* Jefatura de egresos
Periodicidad	Cada vez que un servidor público solicita el formato.

H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO PAPASQUIARO

CONSTANCIA DE NO ADEUDO A LA DFAM

Para los fines legales que procedan, se extiende la presente, a los días ___ del mes de_____ de 20___, en la ciudad de Santiago Papasquiaro, Dgo, donde se da constancia de que el C._____ adscrito a la Unidad Administrativa_____ quien se ha desempeñado hasta el día con el cargo de _____, presenta los siguientes adeudos ante el H. Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro.

Concepto	Adeudo		Descripción	Importe
	Si	No		
Viáticos				
Gastos a comprobar				
Anticipos de sueldos				
Bienes muebles en resguardo				
Valores en resguardo				
Prestamos				
			Total	

En caso de que el importe total sea igual a $0.00 el servidor público queda absuelto de adeudos ante el H. Ayuntamiento del Municipio de Santiago Papasquiaro.

El presente documento no exime al beneficiario del mismo, de cualquier otra responsabilidad que se derive en revisión posterior al desempeño de sus funciones, conforme a lo establecido en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos vigente en el Estado.



Oficial Mayor



Director de Finanzas y de Administración

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Fecha**	Día, mes y año en que se elaboró el formato.
2	**Nombre**	Nombre completo del servidor público a quien se le expide la constancia.
3	**Unidad Administrativa**	Unidad Administrativa donde estaba suscrito el servidor público mencionado.
4	**Puesto**	Nombre del cargo donde se desempeñaba el servidor público mencionado.
5	**Concepto**	Marcar con una X en la casilla “Si” en el renglón de los conceptos donde tiene algún adeudo con el H. Ayuntamiento, así como marcar con una X en la casilla “No” en el renglón de los conceptos donde no adeuda nada.
6	**Descripción**	Descripción breve y clara de los adeudos, haciendo referencia a los registros que posee la Dirección de Finanzas y de Administración y la Oficialía Mayor. (Ej. Gastos sin comprobar de la “Solicitud de gastos a comprobar DS-0125”).
7	**Importe**	Importe total del adeudo que tiene el servidor público con el H. Ayuntamiento.
8	**Total**	Suma de los montos de la columna “Importe”.
9	**Oficial Mayor**	Nombre y firma del Oficial Mayor.
10	**Director de Finanzas y de Administración**	Nombre y firma del Director de Finanzas y de Administración.

Comprobación de gastos

Uso	Presentar una evidencia de aquellos gastos que, con carácter de urgente y con motivo de cumplir con las funciones de la unidad administrativa, fueron solicitados a la Dirección de Finanzas y de Administración, respaldando el uso del recurso otorgado.
Quien lo emite	Unidad Administrativa que comprueba.
Control de folios	No es necesario.
Distribución	*Original:* ● Dirección de Finanzas y de Administración
Periodicidad	Cuando la unidad administrativa presente su comprobación de gastos generados por la solicitud correspondiente y cuente con los requisitos fiscales suficientes.

COMPROBACIÓN DE GASTOS

Santiago Papasquiaro, Dgo. A de del

Con el fin de cumplir con las actividades que se me han delegado, y habiendo solicitado por motivos que requerían una solución con carácter de urgente la cantidad de $_____, extiendo la presente dando constancia de la comprobación y/o reintegración del recurso que se me proporcionó el día de___ del mes_____ del año_____.

Quien comprueba:	Cargo:
Unidad Administrativa:	Solicitud:

Fecha	Tipo y Folio del Comprobante	Nombre, Razón o Denominación Social	Concepto del Gasto	Importe
9				

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los comprobantes aquí relacionados corresponden exclusivamente a gastos realizados para el cumplimiento de los fines expresados en la "Solicitud de Gastos a Comprobar" correspondiente y que fueron efectivamente erogados en los establecimientos

TOTAL:	
REINTEGRO DE IMPORTES NO COMPROBADOS	
TOTAL COMPROBADO Y REINTEGRADO	
TOTAL RECIBIDO	
DIFERENCIA A CARGO	

COMPRUEBA

RECIBÍ COMPROBACION Y DOCUMENTOS PARA SU REVISIÓN

Titular de la Unidad Administrativa

No.	Concepto	Se debe anotar
1	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa que solicitó el recurso.
2	**Fecha**	Día, mes y año en que se generó el formato.
3	**La cantidad $**	Importe total del recurso a comprobar que otorgó la Dirección de Finanzas y de Administración.
4	**Fecha**	Día, mes y año en que la Unidad Administrativa solicitó el recurso.
5	**Quien comprueba**	Nombre completo del titular de la unidad administrativa que entrega la documentación comprobatoria.
6	**Cargo**	Puesto que desempeña el servidor público que entrega la documentación comprobatoria.
7	**Unidad Administrativa**	Nombre completo de la Unidad Administrativa que solicitó el recurso.
8	**Solicitud**	Referencia alfanumérica de la solicitud correspondiente. (Ej. DS-0125).
9	**Fecha**	Día, mes y año de expedición del comprobante.
10	**Tipo y Folio del Comprobante**	Inicial o abreviatura del comprobante y su número incluyendo serie (Ej. NV/4002, F/5465, etc.).
11	**Nombre, Razón o Denominación Social**	Nombre, Razón o Denominación Social completo del proveedor correspondiente al comprobante.
12	**Concepto del Gasto**	Descripción breve y concisa del motivo del gasto.
13	**Importe**	Importe total pagado señalado en el comprobante.
14	**Total**	Sumatoria de las cantidades del campo “Importe”.
15	**Reintegro de importes no comprobados**	Importe total del recurso reintegrado por la unidad administrativa.
16	**Total Comprobado y reintegrado**	Suma de las cantidades del campo “Total” y del campo “Reintegro de importes no comprobados”.
17	**Total recibido**	Importe total del recurso entregado a la Unidad Administrativa que realizó la solicitud.
18	**Diferencia a cargo**	Resultado de la resta del campo “Total recibido” menos la cantidad del campo “Total Comprobado y reintegrado”.
19	**Comprueba**	Nombre completo, cargo y firma del titular de la Unidad Administrativa que realizó la solicitud.
20	**Recibe**	Nombre completo, cargo y firma del servidor público que recibió la documentación comprobatoria.