FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SECRETARIA ADMINSITRATIVA
DDEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

SOLICITUD DE PAGO A PROVEEDORES

FECHA DE SOLICITUD	**FOLIO NO.**
CREDITO	**PERIODO DE CREDITO** 40 Dìas

DEPARTAMENTO SOLICITANTE
DEPTO. DE SERV. GENERALES

ELABORAR CHEQUE A NOMBRE DE:

RAZON SOCIAL: **FACTURA No.**

R.F.C.

PROYECTO:

JUSTIFICACIÓN

RENGLÓN	**CANTIDAD**	UNIDAD	**DESCRIPCIÓN**	**P/U**	**IMPORTE**
				SUBTOTAL	
				I.V.A.	
				TOTAL	

OBSERVACIONES:

DEPARTAMENTO SOLICITANTE	**JEFE DE DEPARTAMENTO**	**RECIBIDO POR JEFE DE SECCIÓN**
LIC. ALBERTO BENÍTEZ LÓPEZ		
NOMBRE Y FIRMA	**LIC. MA. ELENA MONTES DE OCA ARANDA**	**MA. DE LOURDES AGUILAR LÓPEZ**

Presentar por duplicado, anexar factura en original, y copia de la documentación que dió origen al gasto.