

# COMPROMISO DE PAGO

El Gobierno del Estado de Sonora, se compromete a otorgar el apoyo señalado en el presente documento, a través de:



Gobierno del Estado de Sonora

DIF Sonora  
Sistema para el Desarrollo Integral  
de la Familia del Estado de Sonora



FONDO ESTATAL de SOLIDARIDAD



## INFORMACIÓN DEL APOYO

|                         |                                     |                    |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Fecha de expedición:    | Folio No.                           | Expediente No.     |
|                         |                                     |                    |
| Tipo de Apoyo:          |                                     | Vigencia del Apoyo |
|                         |                                     | día/mes/año        |
| Importe Total del Apoyo | Importe Total del Apoyo (Con letra) |                    |
|                         |                                     |                    |

## DATOS DEL BENEFICIARIO

|            |  |         |  |
|------------|--|---------|--|
| Nombre:    |  |         |  |
| Domicilio: |  |         |  |
| Teléfono:  |  | Célular |  |

## PROVEEDOR DEL PRODUCTO O SERVICIO

|                       |  |         |  |
|-----------------------|--|---------|--|
| Nombre de la empresa: |  |         |  |
| Domicilio:            |  |         |  |
| Teléfono:             |  | Célular |  |

## RECEPCIÓN DE APOYO

|                                |                                     |                                |
|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Recibe apoyo                   | Elabora Documento                   | Autoriza                       |
|                                |                                     |                                |
| Nombre y Firma del solicitante | Nombre y Firma de Trabajador social | Nombre y Firma de Autorización |