

Formato DRMyCP-01

Tramite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la
Administración Pública Estatal

Anexo 45



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN

DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL

TRAMITE DE SOLICITUD DEL REGISTRO AL PADRÓN DE PROVEEDORES
DE LA ADMINISTRACION PUBLICA ESTATAL

FORMATO DRMyCP 01



HOJA 1 / 1

FOLIO: (1)

SOLICITANTE: (2)

CARACTERÍSTICA DE LA SOLICITUD

(3)
☐ INSCRIPCIÓN ☐ REFRENDO
☐ PERSONA FÍSICA ☐ PERSONA MORAL

(4) ANEXOS

☐ COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR ☐ COPIA DEL PODER NOTARIAL (EN SU CASO)
☐ COPIA DEL R.F.C. ☐ COPIA DE LA CRED. DE ELECT. (REP. LEGAL)
☐ COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO ☐ COPIA DEL REG. IMSS (OPCIONAL)
☐ COPIA DE ULTIMA DECLARACION S.H.C.P. (ANUAL) ☐ COPIA DE REG. CAMARA A LA CUAL PERTENECE (OPCIONAL)
☐ COPIA DE ULTIMA DECLARACION S.H.C.P. (PARCIAL) ☐ COPIA DEL PAGO 2% NOMINA
☐ COPIA DE ESCRITURA CONSTITUTIVA

ESTA USTED REGISTRADO PARA EL PAGO DE IMPUESTOS ESTATALES: (5)

IMPUESTO SOBRE NOMINA ()
IMPUESTO AL COMERCIO DE LIBROS, PERIODICOS Y REVISTAS ()
IMPUESTO SOBRE ESPECTÁCULOS PÚBLICOS ()

ANÁLISIS DE LA SOLICITUD DE REGISTRO

(6)

NOMBRE Y FIRMA DEL ANALISTA

INICIALES Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

(7)

FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD

NO CUENTA CON: ☐ LIQUIDEZ Y SOLVENCIA (8) ☐ CAPITAL DE TRABAJO
HAY ERRORES EN: ☐ VENTAS ☐ BALANCE
☐ LA EMPRESA HA PERDIDO MAS DE LAS 2/3 PARTES DE SU CAPITAL AL ☐ EN DECLARACIÓN
☐ EN BALANCE

(9) FECHAS DE: 1ª VEZ 2ª VEZ 3ª VEZ
A) RECEPCIÓN _____
B) ANÁLISIS _____
C) DEVOLUCIÓN _____
D) APROBACIÓN _____

RECIBIDO POR:

(10)

Formato DRMyCP-O1
Tramite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la
Administración Pública Estatal

Instructivo de Llenado

1. **Folio:** El número consecutivo de proveedor que se le asigne.
2. **Solicitante:** El nombre de la persona (Física o Moral) que solicita la Inscripción al Padrón.
3. **Características de la Solicitud:** Deben de marcar dos de las opciones de ese recuadro de acuerdo al tipo de inscripción.
4. **Anexos:** Deben de marcar el tipo de Documentación que se solicita.
5. **Esta Registrado para el Pago de Impuestos Estatales:** Debe marcar uno de ellos o dos según sea el caso.
6. **Análisis de la Solicitud de Registro:** El nombre y firma del analista.
7. **Iniciales y Firma del empleado que Recibe, Fecha de Recepción de Documentos:** Las iniciales y la firma del empleado que recibe la solicitud y la fecha en que recibe el documento.
8. **Resultado del Análisis de la Solicitud:** Resumen de la persona que hizo el análisis.
Si no cuenta con liquidez y solvencia o con capital del trabajo.
Si hay errores en sus ventas y en sus balances.
La empresa ha perdido más de las 2/3 partes de su capital en la fecha que se investiga.
Si existe error en su balance o en su declaración o en ambas.
9. **Fechas de:** El día, mes y año en que se realice el acto.
A: Recepción. Si es 1ra, 2da, o 3ra vez la recepción de sus documentos
B: Análisis. Si es 1er, 2da, o 3er análisis que se le realiza.
C: Devolución. Si es 1ra, 2da, o 3ra vez que se le devuelve sus documentos.
D: Aprobación. Si es 1ra, 2da, o 3ra vez que se le aprueba en caso de ser para aprobación.
10. **Recibido por:** El nombre del Servidor Público que recibe la información.

Formato DRMyCP-02
Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal
Datos Generales

Anexo 46



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL
INFORMACIÓN LEGAL, COMERCIAL Y FINANCIERA

FORMATO PP-01



SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

(A)

VIGENCIA A PARTIR DEL __ DE ____ DE ____.

(B)

No. DE REGISTRO EN EL P.P.A.P.E.

DATOS GENERALES (C)

| | | | | | |
|--|------------------|---|--|---------------------------|-----------------|
| RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: (1) <small>APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)</small> | | | | | |
| DOMICILIO SOCIAL DE LAS OFICINAS: (2) | | | | | |
| COLONIA: (3) | | CODIGO POSTAL (4) | | LADA / TELEFONO: (5) | |
| MUNICIPIO: (6) | | CLAVE USO S.A.I.G. (7) | | ENTIDAD FEDERATIVA (8) | |
| DOMICILIO DE LA FABRICA: (9) | | | | | |
| COLONIA: (10) | | | CORREO ELECTRÓNICO: (11) | | |
| MUNICIPIO: (12) | | | ENTIDAD FEDERATIVA (13) | | |
| DOMICILIO DEL ALMACEN O TALLER: (14) | | | | | |
| COLONIA: (15) | | | | | |
| MUNICIPIO: (16) | | | ENTIDAD FEDERATIVA (17) | | |
| NOMBRE DE LA CAMARA A QUE PERTENECE: (18) | | No. DE REG. EN LA CAMARA A QUE ESTA INSCRITO: (19) | | CLAVE: (20) | |
| NÚMERO DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: (21) | | | NÚMERO DE REGISTRO ANTE EL I.M.S.S.: (22) | | |
| No. DE PERSONAL OCUPADO: (23) | OBREROS: (24) | EMPLEADOS: (25) | EVENTUALES: (26) | FAMILIARES: (27) | (28) TOTAL: |

LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES PREVIA REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA SOLICITUD, LO REGISTRA EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA.

LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL ESTA FACULTADA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA (ART. 12 FRACC. V DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE CAMPECHE).

| | | |
|--|--|--|
| FECHA DE SOLICITUD: <div style="text-align: center;">(D)</div> NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL | PRINCIPAL GIRO EN QUE OPERA USO S.A.I.G. (E) ANALIZO SUPERVISÓ | FECHA DE APROBACIÓN Y SELLO DEL REGISTRO EN EL P.P.A.P.E. (F) EL DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL |
|--|--|--|

Formato DRMyCP-02
Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal
Datos Generales

Instructivo de Llenado

A. Vigencia

B. No. de registro en el P.P.A.P.E.

C. Datos generales

1. **Razón Social o Nombre:** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral completo.
2. **Domicilio Social de las oficinas:** El lugar donde se encuentra ubicada la empresa.
3. **Colonia:** El nombre de la colonia en que se encuentra ubicada la empresa.
4. **Código Postal:** El número del Código postal que tenga asignado la colonia de su ubicación.
5. **Lada/Teléfono:** El número del teléfono de las oficinas de la empresa con su clave lada, si es que no se encuentra en el interior del Estado.
6. **Municipio:** El nombre del municipio en que se encuentra ubicada la empresa.
7. **Clave uso S.A.I.G.**
8. **Entidad federativa:** El nombre de la entidad federativa donde se encuentra.
9. **Domicilio de la fábrica:** La dirección de la fábrica donde se elaboran los productos.
10. **C o l o n i a :** El nombre de la colonia donde se encuentra la fábrica.
11. **Correo Electrónico:** Dirección de correo electrónico de la empresa.
12. **Municipio:** El nombre del municipio en donde se encuentra la fábrica.
13. **Entidad Federativa:** El nombre de la entidad federativa donde se encuentra la fábrica
14. **Domicilio del Almacén o Taller:** La dirección del almacén o taller donde se encuentra el almacén o taller.
15. **Colonia:** El nombre de la colonia donde se encuentra el almacén o taller.

- 16. Municipio:** El nombre del municipio donde se encuentra el almacén o taller.
- 17. Entidad Federativa:** El nombre de la entidad federativa donde se encuentra el almacén o taller..
- 18. Nombre de la Cámara a que pertenece:** El nombre de la cámara a la que pertenece.
- 19. Número de Registro en la Cámara a que está Inscrito:** El número de registro asignado de la cámara a la que pertenece.
- 20. Clave:** Número de clave otorgada por la cámara a la que pertenece.
- 21. R.F.C.:** La clave y homoclave completas.
- 22. Número de Registro ante el IMSS:** El número de registro patronal que tenga ante el IMSS.
- 23. Número del Personal Ocupado:** El número de las personas que se encuentran laborando.
- 24. Obreros:** El número de los obreros que se encuentran laborando.
- 25. Empleados:** El número de los empleados que se encuentran laborando.
- 26. Eventuales:** El número de las personas que se encuentran laborando eventualmente.
- 27. Familiares:** El número de las personas que se encuentren laborando que sean familiares de los dueños.
- 28. Total:** El número total de las personas que se encuentren laborando.
- D. Nombre y Firma del Propietario o Representante Legal:** El nombre, firma del propietario o representante legal.
- E. Principal Giro en que Opera uso SAIG:** El registro del giro en el que opera la empresa, firma de quien analizó y supervisó la solicitud.
- F. Fecha de Aprobación y Sello del Registro en el P.P.A.P.E.:** Sello del registro en el P.P.A.P.E.

Formato DRMyCP-03
Padrón de Proveedores de la Administración Pública
Proveedor Estatal

Anexo 47



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL
INFORMACIÓN LEGAL, COMERCIAL Y FINANCIERA

FORMATO PP-01

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021



RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: (A)

No. DE REGISTRO EN EL P.P.A.P.E. (B)

HOJA 1/2

| TIPOS DE GIROS EN QUE OPERA: (C) | PORCENTAJE POR ACTIVIDAD | (D) USO S.A.I.G. |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| 100 PRODUCTOR DE: _____ | _ _ % | 1 |
| 200 ARRENDADOR DE: _____ | _ _ % | 2 |
| 220 PRESTADOR DE SERVICIOS DE: _____ | _ _ % | 3 |
| 300 COMERCIANTE: _____ | _ _ % | 4 |
| 310 DE PRODUCTOS NACIONALES: _____ | _ _ % | 5 |
| 320 DE PRODUCTOS EXTRANJEROS: _____ | _ _ % | 6 |
| 400 REPRESENTANTE: _____ | _ _ % | 7 |
| 410 DE PRODUCTOS NACIONALES: _____ | _ _ % | 8 |
| 420 DE PRODUCTOS EXTRANJEROS: _____ | _ _ % | 9 |
| TOTAL | _ _ % | |

RELACION DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS Y SERVICIOS VENDIDOS: (E)

LA INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DEL EJERCICIO INMEDIATO ANTERIOR EN ORDEN DE IMPORTANCIA RESPECTO A SUS VENTAS TOTALES

DEPENDENCIA, ENTIDAD U OTROS: (2)

PRODUCTOS Y SERVICIOS (3)

(1) DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO
DEL |_|_| A |_|_|

(4) VENTAS AL SECTOR:
PRIVADO: PÚBLICO:

USO S.A.I.G. (5)

| | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|---------|---------|-----|
| 1 | (2) | (3) | PRIVADO | PÚBLICO | (5) |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| (6) PRODUCTOS Y SERVICIOS | | | | | |

(F)
NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

(G)
FIRMA

(Hoja 1)

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL
INFORMACIÓN LEGAL, COMERCIAL Y FINANCIERA

SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021



HOJA 2/2

| (J) DATOS ACTUALIZADOS DE LOS SOCIOS MAYORITARIOS: | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE: | APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S): | NÚMERO DE ACCIONES: | | | | | IMPORTE: | | | | | | |
| (7) | (8) | (9) | | | | | (10) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| (11) CAPITAL SUSCRITO POR OTROS SOCIOS | | | | | | | | | | | | | |
| (12) SUMA DEL CAPITAL SOCIAL ACTUAL DE LA SOCIEDAD | | | | | | | | | | | | | |

| | | (K) BALANCE GENERAL: | | (13) AÑO | |
|---------------------------------|--|--|--|----------|--|
| ANEXO 4 DE LA DECLARACIÓN ANUAL | | | | | |
| ACTIVO CIRCULANTE: (14) | | PASIVO: (18) | | | |
| CAJA Y BANCOS: (14.1) | | A CORTO PLAZO: (18.1) | | | |
| CUANTAS POR COBRAR: (14.2) | | A LARGO PLAZO: (18.2) | | | |
| INVENTARIOS: (14.3) | | OTROS PASIVOS: (18.3) | | | |
| SUMA ACTIVO CIRCULANTE: (14.4) | | SUMA DEL PASIVO: (19) | | | |
| ACTIVO FIJO: (15) | | CAPITAL: (20) | | | |
| MAQUINARIA Y EQUIPO: (15.1) | | SOCIAL INDIVIDUAL: (20.1) | | | |
| DEPRECIACIÓN ACUMULADA: (15.2) | | RESERVA U OTRAS CUENTAS DEL CAPITAL: (20.2) | | | |
| MUEBLES Y ENSERES: (15.3) | | UTILIDADES O PERDIDAS DEL EJERCICIO ANTERIOR: (20.3) | | | |
| INMUEBLES: (15.4) | | UTILIDADES O PERDIDAS DEL EJERCICIO: (20.4) | | | |
| RESERVA ACUMULADA: (15.5) | | SUMA DEL CAPITAL: (21) | | | |
| SUMA ACTIVO FIJO: (15.6) | | SUMA DEL PASIVO Y CAPITAL: (22) | | | |
| OTROS ACTIVOS: (16) | | | | | |
| SUMA DEL ACTIVO: (17) | | | | | |

| | | | |
|--|------|------------------|------|
| (L) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: | | | |
| HABILITAMOS A LA SIGUIENTE PERSONA CON PODER AMPLIO PARA GESTIONAR O TOMAR CUALQUIER DESICIÓN EN NUESTRA REPRESENTACIÓN ANTE LA S.A.I.G. | | | |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S): | | (23) | |
| CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA: | (24) | LADA / TELEFONO: | (25) |
| | | R.F.C.: | (26) |

| | | |
|---|---|--|
| BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LOS DATOS ANteriormente SEÑALADOS SON VERÍDICOS. | (M) NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL | (N) SELLO Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO |
|---|---|--|

313

Formato DRMyCP-03
Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal
Proveedor Estatal

Instructivo de Llenado


- A. Razón social o nombre:** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral.
- B. No. de registro en el P.P.A.P.E.:** Datos informativos para uso y llenado por la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la Secretaría de Administración.
- C. Tipos de giros con que opera:** El tipo(s) de giro(s) en que opera la persona física o moral y el porcentaje en el que este dedicado. La suma total de los giros representado en porcentajes
- D. Uso S.A.I.G.**
- E. Relación de los principales productos y servicios vendidos:** La relación de los productos y servicios que se prestaron en el periodo inmediato anterior.
- 1. De l Día, Mes y Año - Al Día, Mes y Año:** Periodo en que se vendieron o prestaron los productos o servicios.
 - 2. Dependencia** Los nombre(s) de la(s) dependencia(s) a los que vendió sus productos y servicios y la cantidad vendida a esta.
 - 3. Productos y Servicios:** El nombre del producto o servicio que se vendió o que se prestó el servicio y la cantidad en pesos.
 - 4. Ventas al Sector:** Especificar el monto en pesos de los productos o servicios vendidos según corresponda a Sector Privado o Público.
 - 5.** Uso S.A.I.G.
 - 6.** Total Productos y Servicios: Importe total obtenido por ventas al sector.
- F. Nombre del Propietario o Representante Legal:** El nombre(s) completo(s), apellido(s) del gerente o propietario.
- G. Firma:** La firma del Propietario o Gerente.
- H. Razón Social ó Nombre:** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral completa.

- I. No. de registro en el P.P.A.P.E.:** Datos informativos para uso y llenado por la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la Secretaría de Administración.
- J. Datos actualizados de los socios mayoristas.**
- 7. R.F.C:** La clave y homoclave completas de los socios.
- 8. Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):** El apellido paterno, materno y nombre(s) completos de los socios.
- 9. Número de Acciones:** El total de acciones que poseen.
- 10. Importe.** El importe en miles de pesos de las acciones que poseen.
- 11. Capital Suscrito por Otros Socios:** El capital social que posean otros socios en la empresa.
- 12. Suma del Capital Social Actual de la Sociedad:** La suma total del número de acciones y el importe total de ellas.
- k. Balance General.**
- 13. Año:** El año en que realice el balance.
- 14. Activo Circulante:**
- 14.1 Caja y Bancos:** La cantidad total en pesos de este activo.
- 14.2 Cuentas por Cobrar:** La cantidad total en pesos de este activo.
- 14.3 Inventarios:** La cantidad total en pesos de este activo.
- 14.4 Suma Activo Circulante:** La cantidad total del resultado de la suma de los activos expresado en pesos.
- 15 Activo Fijo.**
- 15.1 Maquinaria y Equipo:** La cantidad total de este activo fijo.
- 15.2 Depreciación Acumulada:** La cantidad total del resultado de la suma de los activos expresado en pesos.
- 3.3. 15.3 Muebles y Enseres:** La cantidad total de este activo fijo.
- 3.4. 15.4 Inmuebles:** La cantidad total de este activo fijo.
- 15.5 Reserva Acumulada:** La cantidad total resultado de la suma reserva acumulada.
- 15.6. Suma Activo Fijo:** La cantidad total resultado de la suma reserva acumulada.
- 16. Otros Activos:** La cantidad total de la suma de otros activos con que cuenta la empresa.
- 17 Suma del Activo:** La suma de todos los activos de la empresa.
- 18 Pasivo.**
- 18.1 A Corto Plazo:** La suma total de este pasivo.

- 18.2. A Largo Plazo:** La suma total de este pasivo
- 8.3 Otros Pasivos:** La suma total de este pasivo.
- 19 Suma Pasivo:** La suma total de este pasivo.
- 20. Capital.**
- 20.1 Social Individual:** La suma total del capital social individual.
- 20.2. Reserva u Otras Cuentas de Capital:** La suma total de las reservas y de otras cuentas de capital.
- 20.3. Utilidades o Pérdidas de Ejercicios Anteriores:** El total de las utilidades o pérdidas de ejercicios anteriores.
- 20.4 Utilidades o Perdidas del Ejercicio.** Las utilidades o pérdidas del ejercicio vigente.
- 21 Suma del Capital:** La suma de los pasivos y del capital de la empresa.
- 22 Suma del Pasivo y Capital:** La suma de los pasivos y del capital de la empresa.
- L. Designación del Representante Legal:** (si el proveedor lo requiere).
- 23. Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):** En caso de que el proveedor necesite un representante se anotara: nombre(s), apellido(s) completos de este.
- 24 Cargo que Ocupa en la Empresa:** El cargo que ocupa en la empresa.
- 25 L a d a / Teléfono:** El número telefónico de la empresa en que labora.
- 26 R.F.C.:** La clave y homoclave completas del representante legal.
- M. Nombre y Firma del Propietario o Representante Legal:** El nombre y firma del propietario o representante legal.
- N. Sello y Firma de Autorización del Jefe del Departamento:** El sello y firma del jefe del Departamento que autoriza se solicite el registro en el P.P.A.P.E.

Formato DRMyCP-04
Orden de Pago para Integrarse al Padrón de Proveedores de la
Administración Pública Estatal

Anexo 48


| | | |
|--|---|---|
|  | <p>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL ÓRDEN DE PAGO PARA INTEGRARSE AL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL</p> | <p><small>SAIG</small> <small>GOBIERNO DEL ESTADO</small> <small>CAMPECHE 2015-2021</small></p>  |
| <p>NOMBRE SECRETARIA DE FINANZAS PRESENTE</p> | | |
| <p>POR ESTE MEDIO, LE SOLICITO SE EXPIDA RECIBO OFICIAL POR LA CANTIDAD DE \$ ⁽¹⁾ _____</p> | | |
| <p>⁽²⁾ PROVEEDOR _____</p> | | |
| <p>POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ESTA SUBSECRETARIA, COMO SE DETALLA:</p> | | |
| <p>() ⁽³⁾ POR EL REGISTRO A CONCURSO</p> | | |
| <p>() POR INSCRIPCION Y VENTA DE BASES</p> | | |
| <p>() POR EL REGISTRO AL PADRON DE PROVEEDORES, CONTRATISTAS Y PRESTADORES DE SERVICIOS 2015</p> | | |
| <p>() POR PAGO DE DERECHO POR REEXPEDICION DE DOCUMENTO</p> | | |
| <p>ATENTAMENTE</p> | | |
| <p>SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION</p> | | |
| <p>⁽⁴⁾</p> | | |
| <p>NOMBRE DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL</p> | | |

Formato DRMyCP-04
Orden de Pago para Integrarse al Padrón de Proveedores de la Administración
Pública Estatal Instructivo de Llenado

- 1. Por la Cantidad de:** El monto en número y letras.
- 2. A Nombre de:** El nombre completo de la persona o razón social.
- 3. Señalar el Concepto del Pago a Realizar:** Indicar el tipo de registro que se va a realizar si es por concurso, por inscripción y ventas de bases o para el registro al P.P.A.P.E.
- 4. Firma:** La firma del titular de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

Formato DRMyCP-O5
Cedula de Registro en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal

Anexo 49

|  | | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | | SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL | | CRECER EN GRANDE CAMPECHE 2015-2021  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CÉDULA DE REGISTRO EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| San Francisco de Campeche, Campeche a -- de diciembre de 20-- | | | | | | (A) FOLIO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL GENERALES | | (B) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: (1) Domicilio: (3) Colonia: (4) Municipio: (6) Estado: (8) | | | | RFC: (2) C P: (5) Teléfono: (7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPITAL | | (C) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capital Social: (9) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de los socios con mayor aportación. (10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL REGISTRO | | (D) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de registro: (11) Fecha de expedición: (13) Fecha de renovación: (15) | | | | Fecha de vigencia: (12) Fecha de Reexpedición: (14) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GIROS | | (E) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción (16) | | | | | | (17) Porcentaje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) _____ SELLOS | | | | (19) _____ Firma Director | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>Cadena original : Subinforme Cadena encriptada :</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Formato DRMyCP-O5
Cedula de Registro en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal

Instructivo de Llenado

- A. Folio:** El número de registro en el P.P.A.P.E.
- B. DATOS GENERALES.**
- 1. Nombre:** El nombre empresa o persona física a registrar.
- 2. R.F.C. :** La clave y homoclave de la empresa o de la persona física;
La clave que consta de:
Si es persona física 4 letras, y 6 dígitos y la homoclave que consta de 3 dígitos
Si es persona moral 3 letras, 6 dígitos y la homoclave que consta de 3 dígitos.
- 3. Domicilio:** La dirección completa de la empresa registrada ante la SHCP
- 4. Colonia:** El nombre de la colonia donde esté ubicada la empresa.
- 5. Código Postal:** El código postal que tenga asignado el área en que se ubique la empresa.
- 6. Municipio:** El nombre del municipio al que pertenece.
- 7. Teléfono:** El número telefónico de la empresa con clave lada.
- 8. Estado:** La entidad a la que pertenece la empresa.
- C CAPITAL.**
- 9 Capital Social:** El capital social de la empresa, con el que cuenta en el momento (cantidad en números y letras).
- 10. Nombre de los Socios con Mayor Aportación:** Los Nombres de los socios en caso de ser personal moral, con mayor aportación.
- D DATOS DEL REGISTRO.**
- 11. Número del Registro:** El número de registro que le asignara la Secretaría de Administración.
- 12. Fecha de vigencia:** Indica hasta que fecha se encuentra vigente el registro.
- 13. Fecha de Expedición:** La fecha en que la SAIG expida este registro por vez primera..

14. **Fecha de Reexpedición:** La fecha en que la SAIG expida este registro posterior a la primera expedición.

15. **Fecha de renovación:** La fecha en que se registra su renovación.

E. GIROS.

16. Descripción: La(s) actividad(es) comercial(es) que realiza la empresa o persona física


17. **Porcentaje:** Indica en porcentaje sus giros registrado de mayor importancia comercial.

18 Sellos: El sello de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

19 Firma de Director: Nombre y firma de autorización del Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

Formato DRMyCP-06
Orden de Compra

Anexo 50




GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE SECRETARÍA
DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL DIRECCIÓN DE
RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL

ORDEN DE COMPRA

SAIG.SC-008

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021



DATOS PROVEEDOR (2)

PROVEEDOR

DOMICILIO

RFC

DÍAS ENTREGA

(1) San Francisco de Campeche, Campeche a de diciembre de 20--

TELEFONO

FECHA VIGENCIA

DATOS DEPENDENCIA (3)

RAMO


UNIDAD

PARTIDA

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA

(4)



CONCENTRADO

| CLAVE | (5) | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | PRECIO | IMPORTE | %IVA | IMPUESTO | TOTAL |
|-------|-----|-------------|--------|----------|--------|---------|------|----------|-------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Total de artículos

SUBTOTAL

(6) **IVA**

DESCUENTO

TOTAL

(7)

(SON: _____)

Cadena original: Cadena encriptada: SIACAM:

Id Solicitud SIACAM: (8)

Folio SIACAM: Código SIACAM

(9)

Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial

(10)

Subdirectora de Adquisiciones Directas Estatales

(11)

Elaboró: _____

Página 1 de 1

Original: Dependencia, Secretaría de Finanzas, Dirección de Egresos

Copias: Subdirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial

Formato DRMyCP-06
Orden de Compra

Instructivo de Llenado

1. **Fecha:** Fecha que corresponde a la Orden de Compra.
2. **Datos Proveedor:** Datos del Proveedor como son:
 - *Nombre
 - *Domicilio
 - *R.F.C.
 - *Fecha de entrega de los bienes muebles
 - *Teléfono
 - *Fecha de vigencia de la orden de compra
3. **Datos dependencia:** Nombre de la dependencia y Unidad Presupuestal a la que se aplicara el gasto; Partida y Observaciones.
4. **Folio:** Folio de requisición de la orden de compra.
5. Datos de los artículos que se solicitan comprar incluida la cantidad, I VA e importes totales.
6. Importe del Subtotal, I.V.A., Descuento y Total.
7. **Cantidad con letras:** Escribir con letras el importe del Total de la orden de compra
8. **Cadena original y Cadena encriptada.**
9. **Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial:** Nombre y Firma del Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
10. **Subdirectora de Adquisiciones Directas Estatales:** Nombre y Firma del Subdirector de Recursos Materiales y Control Patrimonial que corresponda.
11. **Elaboro:** Siglas de la persona que elaboro la orden de compra.

Anexo 51



| | | | |
|-------------------------------|------------------|------------|------------|
| (1) NUMERO ECONOMICO ----- | (2) MARCA Y TIPO | (3) MODELO | (4) PLACAS |
| (5) ADSCRIPCION | (6) RESPONSABLE | | (7) MES |

[illegible]

| | | | | | |
|-------|--|---|---|---|--|
| (13) | | | | | |
| TOTAL | | - | - | - | |

| (14) FECHA | (15) LECTURA DE ODOMETRO | (16) SERVICIO O REPARACIÓN EFECTUADA | (17) FACTURA | (18) IMPORTE TOTAL |
|------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-----------------------|------|
| GASTO ACUMULADO(1.0) | (21) |
| GASTO ACUMULADO (2.0) | (22) |



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
BITÁCORA MENSUAL DEL VEHÍCULOS



COMISIONES DE VEHICULO (E)

| (23) NO. LUGAR | (24) | | (25) COMISIONADO DEL AREA | (26) NOMBRE DEL RESPONSABLE |
|----------------|---------|--------|---------------------------|-----------------------------|
| | DEL DIA | AL DIA | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES (F)

| | |
|--|---|
| COMENTARIOS (27) | |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| (28) ELABORO <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> NOMBRE Y FIRMA | (29) REVISÓ <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> NOMBRE Y FIRMA |

(Hoja 2)

Formato DRMyCP-07
Bitácora Mensual de Vehículos

Instructivo de Llenado

A DATOS DEL VEHÍCULO

1. **Número Económico:** Se anotará el número de inventario asignado al vehículo.
2. **Marca y Tipo:** Marca de la fábrica y tipo de vehículo.
3. **Modelo:** El año al que corresponda el vehículo.
4. **Placas:** El número de la misma.
5. **Adscripción:** Nombre de la Dependencia y y/o Unidad Presupuestal en que este asignado el vehículo.
6. **Responsable:** Nombre de la persona que tenga resguardado el vehículo.
7. **Mes:** El que corresponda el llenado del formato.

B GASTOS DE COMBUSTIBLES

8. **Fecha de suministro:** Día, mes y año en el momento de suministrar el combustible al vehículo.
9. **Combustible:** TIPO: Magna (M), Premium (P) o Diésel (D) según el tipo que se suministre al vehículo, PRECIO: valor comercial del tipo de combustible al momento de suministrar el vehículo.
10. **LITROS:** Cantidad: total de litros suministrado al momento de la carga.

Formula: $LTS = \frac{I}{Pc}$

Donde **I** representa Importe, **Pc:** precio de combustible **LTS:** litros

Importe: Cantidad cargada al vehículo.

11. **Lectura del Odómetro:** La lectura del kilometraje cada vez que se suministre combustible al vehículo.
12. **Responsable de la carga:** Anotar el nombre de la persona que realizo la carga de combustible.
13. **Total:** Suma de litros, costo de combustible y odómetro:
Formula: $OF = O2 - O1$
Donde **O1** representa primer odómetro, **O2:** último odómetro y **OF:** Odómetro

C GASTOS DE MANTENIMIENTO.

- 14. Fecha:** El día, mes y año en que solicita el servicio de mantenimiento o reparación del vehículo.
- 15. Lectura del Odómetro:** El kilometraje que tenga el vehículo al momento del servicio de mantenimiento o reparación.
- 16. Servicio o Reparación Efectuada:** Detallar el servicio o reparación realizado al vehículo.
- 17. Factura:** El número de factura que ampara el servicio o reparación realizada al vehículo.
- 18. Importe Total:** El costo del servicio o reparación efectuado al vehículo.

D RESUMEN DEL MES

- 19 Kilómetros Recorridos:** El total de los kilómetros recorridos al mes que se elabore la bitácora.
- 20. Rendimientos (kms/lts):**

Formula: $R = \frac{OF}{LTS}$

Donde **OF** representa odómetro, **LTS**: total de litros Y **R**: rendimiento.

- 21. Gasto Acumulado (1.0):** Se pondrá el total de los servicios realizados en el mes.
- 22. Gasto Acumulado (2.0):** Se pondrá el total de los servicios de mantenimiento y reparaciones realizadas al vehículo en el mes.

E COMISIONES DE VEHÍCULO.

- 23. N° Lugar:** El nombre de la localidad al que fue comisionado el vehículo.
- 24. Del Día al Día:** El periodo que dure la comisión.
- 25. Comisionado al Área:** El nombre del lugar o centro de trabajo donde fue comisionado.
- 26. Nombre del Responsable:** Nombre de la persona que fue comisionado transportándose en el vehículo.

F. OBSERVACIONES.

- 27. Comentarios:** Detallará los comentarios que se tenga respecto al vehículo.
- 28. Elaboró:** La persona responsable del manejo del vehículo.
- 29. Revisó:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo o titular de la dependencia.

Formato DRMyCP-08
Orden de Servicio de Mantenimiento Vehicular

Anexo 52



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE SECRETARÍA
DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL DIRECCIÓN DE
RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS

ORDEN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO VEHICULAR

DRMYCP-08

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021



| | | |
|--|--------------------|---|
| DATOS PROVEEDOR (1) | | ISO 9001:2008 |
| PROVEEDOR DOMICILIO RFC | TELÉFONO | |
| DATOS DEPENDENCIA (2) | | ORDEN DE SERVICIO |
| RAMO UNIDAD OBSERVACIONES | |  |
| DATOS DEL VEHICULO (3) | | |
| PLACA MODELO DESCRIPCIÓN | SERIE CILINDROS | LINEA KILOMETRAJE |
| (4) | | |
| CLAVE | DESCRIPCIÓN | UNIDAD |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | SUBTOTAL |
| | | IVA |
| | | DESCUENTO |
| | | TOTAL |
| <p>Cadena Original :</p> <p>Cadena Encriptada :</p> | | |
| (6) Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial | | (7) Subdirector de Servicios |
| (8) Elaboró: | | <p>Fecha de impresión:</p> <p>Página 1 de 1</p> |

Formato DRMyCP-08
Orden de Servicio de Mantenimiento Vehicular


Instructivo de Llenado

1. **Datos del Proveedor. Proveedor, Domicilio, RFC y Teléfono:** Datos generales del nombre del proveedor, domicilio fiscal, registro federal del causante y teléfono del prestador de servicio.
2. **Datos de la Dependencia. Ramo Unidad y Observaciones:** Datos generales del nombre de la Dependencia o Ramo, de la unidad o Dirección Administrativa y observaciones relativas al servicio a solicitar.
3. **Datos del Vehículo. Placa, Modelo, Descripción, Serie, Cilindros. Línea y kilometraje:** Datos generales del vehículo anotando placas, serie, modelo, línea o tipo, , cilindraje y kilometraje.
4. **Clave, Descripción, Unidad, Cantidad, Precio, Importe, IVA y Total:** Datos generales del servicio o adquisición a realizarse, donde se anotara la clave del artículo, la descripción, unidad de medida, cantidad, precio unitario, importe, IVA y suma total de la orden de servicio.
5. Importe del subtotal, IVA, y total:
6. **Autorizo:** Nombre del Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial..
7. **Reviso:** Nombre del Subdirector de Servicios de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
8. **Elaboro:** Iniciales del funcionario que elabora la orden de servicio.

Formato DRMyCP-09
Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles
Capítulo 5000

Anexo 53





SAIG
GOBIERNO DEL ESTADO
CAMPECHE 2015-2021

"2015 Año de José María Morelos y Pavón"

FORMATO DRMyCP-09
SOLICITUD PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES MUEBLES
CAPÍTULO 5000
GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL

DEPENDENCIA: (1)

FECHA: (3)

CLAVE PRESUPUESTAL: (2)

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | JUSTIFICACIÓN |
|----------|----------------------|---------------|
| (4) | (5) | (6) |

Solicita

(7)

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Va.Bo.

(8)

TITULAR DE LA DEPENDENCIA

Autoriza

(9)

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021



PODER EJECUTIVO DEL
ESTADO DE CAMPECHE




SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
 Calle 8 Núm. 325. Entre Calle 63 y Circuito
 Baluartes, Col. Centro C.P. 24000 San Francisco de
 Campeche, Campeche, Tel. (981) 8119200 Ext.
 27346

Formato DRMyCP-09
Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles
Capítulo 5000

1. **Dependencia:** Nombre de la Dependencia que envía la solicitud.
2. **Clave Presupuestal:** Anotar la clave presupuestaria completa que consta de 42 dígitos.
3. **Fecha:** La fecha de elaboración del documento.
4. **Cantidad:** Número de Bienes que requieren.
5. **Descripción del Bien:** Especificar las características del bien que se solicita.
6. **Justificación:** Especificar las necesidades reales para la adquisición del bien.
7. **Solicita:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo o su Equivalente.
8. **Vo.Bo.:** Nombre y Firma del Titular de la Dependencia.
9. **Autoriza:** Nombre y Firma del Responsable de la Subsecretaría de Administración.

FORMATO DRMyCP-10 Solicitud de Alta


Anexo 54

| GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | | FORMATO DRMyCP-10 | |
|--|-------------------------------------|---|--------|
| SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL | | FECHA: dd/mm/aaaa | |
| SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN | | Página 1 de 1 | |
| DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL | |  | |
| SOLICITUD DE ALTA | | | |
| NOMBRE DEL DIRECTOR DIRECTOR(A) DE REC. MATE Y CTRL. PAT. | | DEPENDENCIA: SECRETARÍA DE ... | |
| PRESENTE Solicito a Usted tenga a bien autorizar la(s) siguiente(s) alta(s): | | | |
| No. de Inventario | | Descripción General del Bien | |
| ID: XXXXX | | | |
| Número de Inventario | DESCRIPCIÓN | MARCA / MODELO | MODELO |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | MONITOR ... | MARCA | |
| UNIDAD PRESUPUESTAL | RESPONSABLE | NO. DE SERIE | |
| XX Dirección de ... | NOMBRE DEL RESPONSABLE | No. de Serie | |
| OFICINA DE ASIGNACIÓN | Ubicación | | |
| XX OFICINA ... | CONOCIDA | | |
| | Edo. del Bien | Fecha Adquisición | |
| | Estado del Bien | dd/mm/aaaa | |
| LOCALIDAD | Forma de Adquisición: | | |
| Campeche | FORMA DE ADQUISICIÓN | | |
| | Número de Factura: | Valor: | |
| | XXXXX | \$ X,XXX.XX | |
| | Proveedor: | | |
| | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR | | |
| OBSERVACIONES: | | ANEXOS: | |
| | | | |
| ATENTAMENTE COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | VO. BO. TITULAR | |
| AUTORIZO DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT. | | | |
| NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | NOMBRE DEL TITULAR | |
| | | | |
| ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL | | Clave Única: ... | |
| C.d.p.: DEPENDENCIA | | Clave Encargado: ... | |

Nota: El llenado de este formato se realizará mediante la aplicación web "AppMUEBLES", en el módulo de "Solicitudes". AppMUEBLES está disponible en la siguiente dirección web <http://www.apps.campeche.gob.mx>.

FORMATO DRMyCP-11
Solicitud de Transferencia


Anexo 55

| GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | | | | FORMATO DRMyCP-11 dia mes año, hh:mm:ss p.m. | |
|--|--|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL | | | | Página 1 de 1 | |
| SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION | | | |  | |
| DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL | | | | STXXXX/aaaa | |
| SOLICITUD DE TRANSFERENCIA | | | | | |
| NOMBRE DEL DIRECTOR DIRECTOR DE REC. MATE Y CTRL. PAT. PRESENTE | | | | DEPENDENCIA: SECRETARIA DE ... | |
| Solicito a Usted tenga a bien autorizar las(s) siguiente(s) transferencia(s) | | | | | |
| ID XXXXX | | | | | |
| NÚMERO DE INVENTARIO ANTERIOR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | |
| ADSCRIPCIÓN SECRETARIA DE ... Dirección de ... OFICINA ... | | | ADSCRIPCIÓN SECRETARIA DE ... Dirección de ... OFICINA ... | | |
| RESPONSABLE ANTERIOR XXXXX NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR | | | RESPONSABLE NUEVO XXXXX NOMBRE DEL RESPONSABLE NUEVO | | |
| DESCRIPCIÓN Descripción del Bien | | | MARCA/MODELO Marca, Modelo | | |
| UBICACIÓN Ubicación del bien | | | NÚMERO DE SERIE No. de Serie | | |
| ESTADO DEL BIEN Estado del Bien | | FECHA DE ADQUISICIÓN dia mes, año | NÚMERO DE FACTURA No. de Factura | CARACTERÍSTICAS Características del Bien | |
| FORMA DE ADQUISICIÓN Forma de Adquisición | | VALOR XXXX.XX | | | |
| OBSERVACIONES: | | | ANEXOS: | | |
| ATENTAMENTE COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | | VO. BO. TITULAR | | AUTORIZO SUBDIRECTOR(A) DE CONTROL PATRIMONIAL |
| NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | | NOMBRE DEL TITULAR | | NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE CONTROL PATRIMONIAL |
| ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL C.e.p.: DEPENDENCIA | | | Cadena única: ... Cadena encriptada: ... | | |

Nota: El llenado de este formato se realizará mediante la aplicación web "AppMUEBLES", en el módulo de "Solicitudes". AppMUEBLES está disponible en la siguiente dirección web <http://www.apps.campeche.gob.mx>.

FORMATO DRMyCP-12 Solicitud de Baja


Anexo 56

| GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE | | FORMATO DRMyCP-12 | |
|--|--|---|---|
| SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL | | FECHA: dd/mm/aaaa | |
| SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION | | Página 1 de 1 | |
| DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL | |  | |
| SOLICITUD DE BAJA | | SE/00000000 | |
| NOMBRE DIRECTOR DE REC. MATE Y CTRL. PAT. | | DEPENDENCIA: SECRETARÍA ... | |
| PRESENTE Solicito a Usted tenga a bien autorizar la(s) siguiente(s) baja(s): | | | |
| No. de Inventario | | Descripción General del Bien | |
| ID: XXXXXX | | | |
| Número de Inventario: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | DESCRIPCIÓN Descripción del Bien | |
| UNIDAD PRESUPUESTAL XX Dirección de ... | | MARCA / MODELO Marca, Modelo | |
| OFICINA DE ADSCRIPCION XX OFICINA ... | | RESPONSABLE Nombre del Responsable | |
| LOCALIDAD Campeche | | Ubicación: Ubicación del bien | |
| | | Edo. del Bien | Fecha Adquisición dd/mm/aaaa |
| | | ESTADO DEL BIEN Forma de Adquisición: | NO. DE SERIE No. de Serie |
| | | FORMA DE ADQUISICIÓN | MOTIVO BAJA: Motivo de Baja |
| | | Número de Factura: XXXXX | Valor: \$ XXXX.XX |
| | | Proveedor: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR | |
| OBSERVACIONES: | | ANEXOS: | |
| | | | |
| ATENTAMENTE COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | VO. BO. TITULAR | AUTORIZO DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT. |
| NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A) | | NOMBRE DEL TITULAR | NOMBRE DEL DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT. |
| ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL C.A.P.1 DEPENDENCIA | | | |

Nota: El llenado de este formato se realizará mediante la aplicación web "AppMUEBLES", en el módulo de "Solicitudes". AppMUEBLES está disponible en la siguiente dirección web <http://www.apps.campeche.gob.mx>.

Formato DRMyCP-13
Requisición de Materiales y Suministros


Anexo 57



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL

SAIG-SC-002

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021



REQUISICIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS

(1) San Francisco de Campeche, Campeche a -- de diciembre de 20--

RAMO (2) _____

UNIDAD (3) _____

PERIODO (4) _____


CONCEPTO (5) _____

CVE. PRESUPUESTAL (6) _____

PARTIDA (7) _____

ESTATUS (8) _____

OBSERVACIONES (9) _____



R1604-0023

CONCENTRADO

*La SAIG se reserva el derecho de efectuar cualquier modificación a los precios promedios sin previo aviso.
**Los precios que se cotizan podrían diferir respecto a los que figuran en esta solicitud, conforme a las condiciones y requerimientos del mercado y/o los esquemas de adquisición.

| CLAVE | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | PRECIO | IMPORTE | TOTAL |
|--|-------------|--------|----------|--------|---------|--------|
| (10) | (11) | (12) | (13) | | | |
| | | | | | | (14) |
| SUBTOTAL I.V.A. TOTAL | | | | | | } (15) |

(16)
Elaboró: _____

Página 1 de 1

Formato DRMyCP-13
Solicitud de Requisición de Materiales y Suministros

Instructivo de Llenado

1. **Fecha:** Fecha de elaboración de la solicitud
2. **Ramo:** Nombre de la dependencia
3. **Unidad:** Unidad presupuestal a la que se le aplicara el gasto
4. **Periodo:** Periodo a que corresponde dicha solicitud, trimestral o extraordinario
5. **Concepto:** Trimestre al que corresponde la solicitud
6. **Cve. Presupuestal:**Clave de artículo de acuerdo al listado proporcionado
7. **Partida:** Identificar el objeto del gasto
8. **Estatus:** Avance de la requisición.
9. **Observaciones:** Observaciones indicadas referentes al bien solicitado
10. **Clave :** Clave de gasto al que corresponde los materiales solicitados
11. **Descripción:** Descripción del bien solicitado
12. **Unidad:** Unidad de medida de bien solicitado
13. **Cantidad:** Cantidad de bienes solicitados
14. Detalle del precio unitario, importe, I.V.A. y monto total de los artículos
15. Subtotal, IVA, total
16. **Elaboró:** Nombre y firma de la persona que elaboro la requisición

Formato DRMyCP-14
Solicitud de Mantenimiento Vehicular

Anexo 58



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE SECRETARÍA
DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL DIRECCIÓN DE
RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL

CRECER EN GRANDE
CAMPECHE 2015-2021

SOLICITUD DE SERVICIO VEHICULAR

San Francisco de Campeche, Campeche a -- de diciembre de 20--

(1)

RAMO _____

UNIDAD _____

CONCEPTO _____

ESTATUS _____

OBSERVACIONES _____

VEHÍCULO

(2)

| Kilometraje | Placa | Modelo | Descripción | Línea | Serie | Tarjeta circulación |
|-------------|-------|--------|-------------|-------|-------|---------------------|
| | | | | | | |

DETALLES

(3)

| Clave | Descripción | Unidad | Cantidad |
|-------|-------------|--------|----------|
| | | | |
| | | | |

(4)

Elaboró: _____

(5)

Revisó: _____

Nota:

* La SAIG se reserva el derecho de efectuar cualquier modificación a los precios promedios sin previo aviso.

** Los precios que se cotizan podrían diferir respecto a los que figuran en esta solicitud, conforme a las condiciones y requerimientos del mercado y/o los esquemas de adquisición.

Página 1 de 1

Formato DRMyCP-14
Solicitud de Mantenimiento Vehicular

Instructivo de Llenado

- 1. Ramo, Unidad, Concepto, Estatus y Observaciones:** Datos generales de la clave de gasto del ramo, unidad y concepto de la partida de gasto; en el estatus se describe el seguimiento o autorización de la solicitud y en caso de existir alguna observación se anotara en el campo de observación.
- 2. Vehículo:** Datos generales del vehículo anotando kilometraje, placas, modelo, cilindraje, marca del vehículo, serie y Tarjeta de circulación.
- 3. Detalles:** Datos generales del servicio o adquisición a solicitar, donde se anotara la clave del artículo, la descripción, unidad de medida y cantidad del artículo de la solicitud.
- 4. Elaboró:** Nombre y firma de la persona que elabora la solicitud de servicio vehicular.
- 5. Revisó:** Nombre y firma del Titular o Coordinador Administrativo de la Dependencia solicitante.

Formato DRMyCP-15
Plantilla Vehicular de Gobierno

Anexo 59



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
PLANTILLA VEHICULAR DE GOBIERNO



(1) DEPENDENCIA _____

| (2) UNIDAD PRESUPUESTAL | (3) DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO | (4) MARCA | (5) MODELO | (6) PLACAS | (7) NÚMERO DE SERIE | (8) NÚMERO DE MOTOR |
|-------------------------|------------------------------|-----------|------------|------------|---------------------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SOLICITA
(9)

Formato DRMyCP-15
Plantilla Vehicular de Gobierno

Instructivo de Llenado

- 1. Dependencia:** Nombre de la Dependencia
- 2. Unidad Presupuestal:** Anotar clave completa de 42 dígitos a la que está adscrita la unidad vehicular.
- 3. Descripción del vehículo:** Tipo de vehículo, línea.
- 4. Marca:** Marca de fabrica
- 5. Modelo:** Año que le corresponda al vehículo.
- 6. Placas:** El número de la misma
- 7. Número de serie:** Anotar el número alfanumérico que le corresponda al vehículo
- 8. Numero de Motor:** Anotar el número que le corresponda al vehículo
- 9. Solicita:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo o su equivalente

Formato DRMyCP-16
Plantilla Vehicular de Apoyo

Anexo 60



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL
PLANTILLA VEHICULAR DE APOYO



(1) DEPENDENCIA _____

| (2) UNIDAD PRESUPUESTAL | (3) DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO | (4) MARCA | (5) MODELO | (6) PLACAS | (7) NÚMERO DE SERIE | (8) NÚMERO DE MOTOR |
|-------------------------|------------------------------|-----------|------------|------------|---------------------|---------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SOLICITA
(9)

Vo. Bo.
(10)

Formato DRMyCP-16
Plantilla Vehicular de Apoyo

Instructivo de Llenado

- 1. Dependencia:** Nombre de la Dependencia
- 2. Unidad presupuestal:** Anotar clave completa de 42 dígitos a la que está adscrita la unidad vehicular.
- 3. Descripción del vehículo:** Tipo de vehículo, línea.
- 4. Marca:** Marca de fabrica
- 5. Modelo:** Año que le corresponda al vehículo.
- 6. Placas:** El número de la misma
- 7. Número de serie:** Anotar el número alfanumérico que le corresponda al vehículo
- 8. Numero de Motor:** Anotar el número que le corresponda al vehículo
- 9. Solicita:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo o su equivalente
- 10. Vo.Bo.:** Nombre y firma del Titular de la Dependencia