

COMPROMISO DE PAGO

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



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