

Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 0449 CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 001 COORDINACION GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES
 Nombre del Funcionario Facultado LIC. JULIETA MENDEZ SALAS
 Puesto del Funcionario Facultado COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES
 Cheque a favor de CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

Proveedor Empleado / Funcionario Contratista

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir: _____ al _____ No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$153,413.34 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) GASTO OPERATIVO

| Doc. Anexa | Cve. Tipo Compromiso | Clave Presupuestal | No Factura/ No de Oficio | Importe |
|------------|----------------------|--------------------|--------------------------|---------|
|------------|----------------------|--------------------|--------------------------|---------|

| | Poder | Dep. | Dir. | Prog. | SubProg | Fuente. | Obra | O. Gasto | | |
|-----------------|-------|------|------|-------|---------|---------|------|----------|------|-------------------|
| FACTURA | 04 | 49 | 001 | 421 | 12 | 10 | 007 | 4152 | 62 F | 153,413.34 |
| <i>SubTotal</i> | | | | | | | | | | 153,413.34 |

Total \$153,413.34

Cantidad con Letra (CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS 34/100 M.N.) _____

Observaciones: CORRESPONDIENTE AL GASTO OPERATIVO DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2019.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 072700003216944078 BANORTE

Autorizaciones

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO

ELABORO
LIC. ERICK OSBALDO ONATE RAMIREZ

AUTORIZO
LIC. JULIETA MENDEZ SALAS

Nombre y Firma

Nombre y Firma

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES
Dependencia Solicitante

COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma
Oficialía Mayor