

**Solicitud de Orden de Pago**

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
Nombre del Funcionario Facultado ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA  
Puesto del Funcionario Facultado DIRECCION DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Cheque a favor de INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL EDO DE S L P

Proveedor  Empleado / Funcionario  Contratista

Datos de Comprobación

Período a cubrir: 01 | 10 | 2020 al 15 | 10 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
Importe Solicitado \$990,397.50 No. de Empleados

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) REMUNERACIONES AL PERSONAL

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	No Factura/ No de Oficio	Importe
FACTURA	04	31 001 244 11 10 001 4152	-732	990,397.50
<i>SubTotal</i>				<b>990,397.50</b>

**Total \$990,397.50**

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE DE 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. CUENTA: 0199587039 CLABE INTERBANCARIA: 012700001995870399



Autorizaciones

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

ELABORO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma  
DIRECCION DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma  
DIRECCION DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor



