

**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 DIRECTORA 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 | 09 | 2020 al 15 | 09 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$990,397.50 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) SERVICIOS PERSONALES

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	No Factura/ No de Oficio	Importe
FACTURA	04 31	001 244 11 10	001 4152	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 CORRIENPONDIENTE A LA PRIMERA QUINCENA DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0199587039 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 0000 199587039 9

*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  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO  
**ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA**

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor



**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 DIRECTORA 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 | 09 | 2020 al 30 | 09 | 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	-730	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 SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE 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

AUTORIZO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor



**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 DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
 Cheque a favor de INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL EDO DE S L P

Proveedor  Empleado / Funcionario  Contratista

**Datos de Comprobación**

Periodo a cubrir: 21 | 09 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$2,130,377.00 No. de Empleados                     

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) PROGRAMA FEDERAL

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

	Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	04	31	001	244	01	24	012	6322	-729	2,130,377.00
<i>SubTotal</i>										<b>2,130,377.00</b>



**Total \$2,130,377.00**

Cantidad con Letra (DOS MILLONES CIENTO TREINTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: RECURSO FEDERAL CON CARACTER DE SUBSIDIO CORRESPONDIENTE A LA CUARTA MINISTRACION DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GENERO PARA EL EJERCICIO 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO: BANORTE No. DE CUENTA: 1105061989 CLABE INTERBANCARIA: 072 700 01105061989 4  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0115304776 CLABE INTERBANCARIA: 012700001153047760

**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

*Escalante Mata*

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

*Escalante Mata*

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor



INSTITUTO DE LAS MUJERES DE LAS MUJERES

INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI RFC: IME020314ML1

Tipo de Comprobante: I - Ingreso Lugar de Expedición: 78000 Régimen Fiscal: 603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos

Forma de pago 03 - Transferencia electrónica de fondos Método de pago PUE - Pago en una sola exhibición Moneda: MXN - Peso Mexicano

Folio - 728 Fecha 18/9/2020 16:17:25

Datos del cliente

Cliente: Instituto Nacional de Desarrollo Social R.F.C.: IND920604A49 Domicilio: 2a. Cerrada de Belisario Domínguez No. 40, Del Carmen, C.P. 04100, Ciudad de México, México

Uso CFDI: P01 - Por definir

Table with 8 columns: Cantidad, Unidad, Clave Unidad SAT, Clave Producto/Servicio, Concepto / Descripción, Valor Unitario, Descuentos, Impuestos, Importe. Row 1: 1.00 SERVICIO E48 - Unidad de servicio 93151611 - Subsidios Subsidios Ministración de Recursos Públicos Federales, complemento de la segunda ministración de los recursos del "Programa de Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres y su Empoderamiento, 2020, con folio 24-PAIMEF-11 2,350,263.49 0.00 -- 2,350,263.49

Importe con letra: DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS 49/100 M.N.

Summary table: Subtotal 2,350,263.49 Impuestos Traslados 0.00 Total 2,350,263.49

CFDI Relacionado: Tipo Relación: - CFDI Relacionado:



Serie del Certificado del emisor 0000100000503663878 Folio fiscal 05110C0E-1A7B-4144-A995-69B044900C03 No. de Serie del Certificado del SAT 0000100000404486074 Fecha y hora de certificación Septiembre 18 2020 - 16:17:30

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Sello Digital del CFDI

eW8SxlYd2IHkSpRF/wdLnB5wJoG0Fi+5PV62zAxU6dMKP765DBjh6DXNMkc1+CYZwJIRClO+7GgB8MmVD5vpuekUIDlgL8kIa/IAKYkYAtkZnreA8iKA3VKWgbcvcbARL91EmwpxXcsaiRzU8YUNG8Au00Iv4yTFODqPnwXp4TtAWsnthsTzJWbRvTKUTTelDE2Pggwo8KsZz6efsRwsxdz40x03NB87EAUSA4I44BURGHOTLChrW+yoslp0eN2eCqicWJj0uK5M2fJN+pMvt5DAWI9+HNDGSe4aObMmWwPY9C05dpXcllAuvqGhVKAjAkAK2MjajqpxWOKN8H3A==

Sello del SAT

ue57KWczRoj4EpkwXAXOU410F5nU6DJo6MFRln2OUlOpGy24VOauwk3T5vthONgsWINDUTepZ+z+ldK6BUmDlz8h0XAO9mfaK41VX33BymeFzo5Wa2ebKOWAjAB770aHj5N5Or5Sm3cHxvTSqhcUrmMbs8FG5Ugw3aaQ+FjJpoxmVyrSO673KLHOZGpJ7/VIKxXdbL/w6NDO3YmFc9AB2FZitoyKpZHPXrvL6ISUzLF03d2HcfCCpcF40UA4hES/XoC+Wc0+UZYwvwnaVgo2oZwvNmNCRDvqXUgDtmWliefE5JLcUybEmshXdsbDigBAOXf+Jjq6lqxU1NTBAkplQ==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|05110C0E-1A7B-4144-A995-69B044900C03|2020-09-18T16:17:30|MAS0810247C0|eW8SxlYd2IHkSpRF/wdLnB5wJoG0Fi+5PV62zAxU6dMKP765DBjh6DXNMkc1+CYZwJIRClO+7GgB8MmVD5vpuekUIDlgL8kIa/IAKYkYAtkZnreA8iKA3VKWgbcvcbARL91EmwpxXcsaiRzU8YUNG8Au00Iv4yTFODqPnwXp4TtAWsnthsTzJWbRvTKUTTelDE2Pggwo8KsZz6efsRwsxdz40x03NB87EAUSA4I44BURGHOTLChrW+yoslp0eN2eCqicWJj0uK5M2fJN+pMvt5DAWI9+HNDGSe4aObMmWwPY9C05dpXcllAuvqGhVKAjAkAK2MjajqpxWOKN8H3A=||0000100000404486074||



Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 0431 INSTITUTO DE LA MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 0431 INSTITUTO DE LA MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
Nombre del Funcionario Facultado ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA  
Puesto del Funcionario Facultado DIRECTORA 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 | 08 | 2020 al 31 | 08 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
Importe Solicitado \$59,787.30 No. de Empleados

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) GASTO DE OPERACION

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal							No Factura/ No de Oficio	Importe
		Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto	
FACTURA	04	31	001	244	11	10	002	4152	-720	7,126.40
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-720	52,660.90
<b>SubTotal</b>										<b>59,787.30</b>

Total \$59,787.30

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 30/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA CUENTA No. 0142846578 CLABE INTERBANCARIA 012700001428465789

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

AUTORIZO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos 27 AGO. 2020

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor

