



**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 15 | 08 | 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
------------	----------------------	--------------------	--------------------------	---------

	Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	-718	990,397.50
									SubTotal	990,397.50

**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 DE AGOSTO 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA CUENTA No. 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  
 DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
 Dependencia Solicitante

AUTORIZO  
**ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA**  
  
 Nombre y Firma  
 DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
 Dependencia Solicitante

Recibi Documentos  
  
 Nombre, Firma y Fecha  
 Dirección de Control Presupuestal

Autorización Especial  
  
 Nombre y Firma  
 Oficialia Mayor



**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 0431 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 0431 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: 16 | 08 | 2020 al 31 | 08 | 2020 No. de facturas anexas: 1

Importe Solicitado \$990,397.50 No. de Empleados                     

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

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal							No Factura/ No de Oficio	Importe
			Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	-719	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 L SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE AGOSTO

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA NUMERO DE CUENTA 0199587039 CLAVE 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

Recibi Documentos **13 AGO. 2020**

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor

**RECIBIDO**  
13 AGO. 2020  
ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO  
V. 20. OFICIALIA MAYOR PARA EFECTO  
DE INTEGRAR INVENTARIO



**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: 28 | 08 | 2020 al 31 | 12 | 2020      No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$1,001,914.63      No. de Empleados                     

Viáticos     Gastos a Comprobar     Fondos Revolventes     Otros (Especificar) PROYECTO 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	02	24	015	6322	-724	1,001,914.63
									<i>SubTotal</i>	<b>1,001,914.63</b>

**Total \$1,001,914.63**

Cantidad con Letra (UN MILLÓN UN MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS 63/100 M.N. \_\_\_\_\_)

Observaciones: SEGUNDA MINISTRACION DEL CONVENIO DE COLABORACION EN EL MARCO DE LA CONVOCATORIA DEL FONDO PARA EL BIENESTAR Y EL AVANCE DE LAS MUJERES (FOBAM) 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO: BANORTE No. DE CUENTA: 1109836233 CLABE INTERBANCARIA: 072 700 01109836233 6  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0115450772 CLABE INTERBANCARIA: 012 700 001154507720

*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: 28 | 08 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$991,301.00 No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) PROYECTO 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		-725	991,301.00
										<i>SubTotal</i>	<b>991,301.00</b>

**Total \$991,301.00**

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS UN PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: TERCERA MINISTRACION DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GENERO PARA EL EJERCICIO FISCAL 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: 012 700 001153047760

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  
Oficialia Mayor

