

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 | 06 | 2020 al 15 | 06 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$990,402.75 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	-708	990,402.75
<i>SubTotal</i>											990,402.75	



Total \$990,402.75

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 75/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2020.

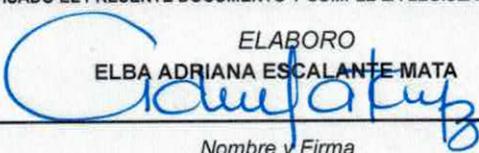
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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



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: 16 | 06 | 2020 al 30 | 06 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$990,402.74 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.		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	-709	990,402.74
									<i>SubTotal</i>	990,402.74



Total \$990,402.74

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 74/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2020.

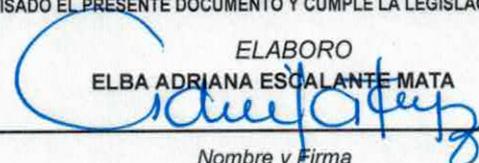
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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



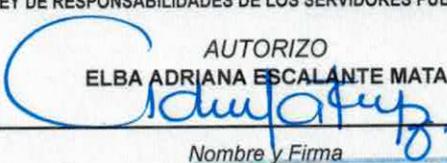
Nombre y Firma

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
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 POTOSI
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LAS 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 | 06 | 2020 al 30 | 06 | 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	-710	7,126.40
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-710	52,660.90
<i>SubTotal</i>										59,787.30



Total \$59,787.30

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

Observaciones: GASTOS DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO DEL AÑO 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 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

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
Oficialía Mayor