

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 \$59,787.30 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTO 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	-737	7,126.40
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-737	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: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0142846578 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 000 0142846578 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

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 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 | 10 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$715,000.00 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTO DE INVERSION

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	07	10	016	6227	-736	715,000.00
									SubTotal	715,000.00

Total 715,000.00

Cantidad con Letra (SETECIENTOS QUINCE MIL PESOS 00/100 M.N.) _____

Observaciones: PROYECTO DE INVERSION DENOMINADO MANTENIMIENTO Y REHABILITACION DEL EDIFICIO DEL INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 000 0195223725 0

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 | 10 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$250,000.00 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTO DE INVERSION

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	10	014	6322	-735	250,000.00
													SubTotal	250,000.00



Total \$250,000.00

Cantidad con Letra (DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: PROYECTO DENOMINADO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ESTATAL PARA PREVENIR, ATENDER, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRAS LAS MUJERES 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 000 0195223725 0

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 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 | 07 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,242,501.00 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTO DE INVERSION

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	10	013	6322	-734	1,242,501.00
									<i>SubTotal</i>	1,242,501.00

Total \$1,242,501.00

Cantidad con Letra (UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS UN PESOS 00/100 M.N.) _____

Observaciones: PROYECTO DENOMINADO CAMPAÑA ESTATAL DE PREVENCION DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2020 (50% PORCIENTO)

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 000 0195223725 0

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

Período a cubrir: 01 | 11 | 2020 al 15 | 11 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$949,387.50 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	-738		949,387.50
				SubTotal	949,387.50

Total \$949,387.50

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

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

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

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

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 | 11 | 2020 al 30 | 11 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$949,387.50 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	-739	949,387.50
<i>SubTotal</i>										949,387.50



Total \$949,387.50

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

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2020.



CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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
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



INSTITUTO DE LAS MUJERES DE LAS MUJERES

INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
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: - 731
Fecha: 12/10/2020 12:48:14

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

Cantidad	Unidad	Clave Unidad SAT	Clave Producto/Servicio	Concepto / Descripción	Valor Unitario	Descuentos	Impuestos	Importe
1.00	SERVICIO	E48 - Unidad de servicio	93151611 - Subsidios	Ministración de Recursos Públicos Federales, Tercera ministración por ampliación de los recursos del "Programa de Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres y su Empoderamiento, 2020", con folio 24-PAIMEF-11	788,848.00	0.00	--	788,848.00

Importe con letra: SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.

Subtotal	788,848.00
Impuestos Traslados	0.00
Total	788,848.00

CFDI Relacionado:
Tipo Relación: -
CFDI Relacionado:



Serie del Certificado del emisor: 00001000000503663878
Folio fiscal: B1C57A99-E4ED-4BA6-89FF-9A7091301EAC
No. de Serie del Certificado del SAT: 00001000000505142236
Fecha y hora de certificación: Octubre 12 2020 - 12:48:18

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Sello Digital del CFDI

VeTXWtMHUok3lqwLEDhSqaEatMbTujCovJVMcGRGgd3GxGGtc0ubN9urKNIW7UCzX0TtjrVw83NjEld80GKXij+p4IUUPtS28oKWP5vVjhmCtK+Gz/DEU+aqCoDDmRVAJl1xaQ2itVfDctTFfqrHTMuH7oOehm9mmZMzWOGx4vqHe6rFZQL5O+cYiURVWwlnyeS0c9USuli7vuu01VM6RILt8ASCwB5TckP5OGH5eqtWegREyagCsuCu1zldalC9bICA4OVRweWDKjBf93lbyyDGmAobfLnsBslQOMULhdO9nmtN5vY/W4jdd8UA6uS6dlgDkdCoe/TvFaZw==

Sello del SAT

pNfkQveWCObbqW0wuD3YskeqjgDsd/X88i8AzTIRpP9DzdwOGb9m58d8iSse5661MNOIXoYlXq3oZs7tKagh2iN+iyYmQcPdwoCwDW/62oiJtBzbcBloN+Pr5n3O9UTFMoEsp8N/yDbUCV3DclZe8wXeeH1Ltu/KfmzWtMqMkZvZg1gl8SVjkZ/2+GccU/zLRn3cR+4v8PHmDnjdlKadUbjNXAU5Yru5SW1f9M14UtaYVMwLyq5TuoEndBwtGx6alMTI1GgoZHRK4P/AwzS2/NmWY1VPq/V/gbVAdUj+NWDUum+UJZmuB0TI6CszRvXrVJe2QJhPn7/RZYCw==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|B1C57A99-E4ED-4BA6-89FF-9A7091301EAC|2020-10-12T12:48:18|MAS0810247C0|VeTXWtMHUok3lqwLEDhSqaEatMbTujCovJVMcGRGgd3GxGGtc0ubN9urKNIW7UCzX0TtjrVw83NjEld80GKXij+p4IUUPtS28oKWP5vVjhmCtK+Gz/DEU+aqCoDDmRVAJl1xaQ2itVfDctTFfqrHTMuH7oOehm9mmZMzWOGx4vqHe6rFZQL5O+cYiURVWwlnyeS0c9USuli7vuu01VM6RILt8ASCwB5TckP5OGH5eqtWegREyagCsuCu1zldalC9bICA4OVRweWDKjBf93lbyyDGmAobfLnsBslQOMULhdO9nmtN5vY/W4jdd8UA6uS6dlgDkdCoe/TvFaZw==|00001000000505142236||