

**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 | 12 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$3,582,587.15 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	-742	3,582,587.15
									Sub Total	3,582,587.15



**Total \$3,582,587.15**

Cantidad con Letra (TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 15/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA GRATIFICACION ANUAL Y PRIMA VACACIONAL DEL AÑO 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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

Recibi 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 | 12 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$1,980,795.00 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	-741	1,980,795.00
									Sub Total	1,980,795.00



**Total \$1,980,795.00**

Cantidad con Letra (UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA 1RA. Y 2DA. QUINCENA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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

Recibi 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

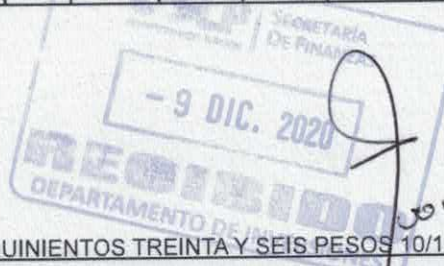
Proveedor  Empleado / Funcionario  Contratista

*Datos de Comprobación*

Período a cubrir: 01 | 10 | 2020 al 30 | 11 | 2020 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$63,536.10 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	-743	14,252.80
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-743	49,283.30
									Sub Total	<b>63,536.10</b>



**Total \$63,536.10**

Cantidad con Letra (SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS 10/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 2020, MATERIALES Y SUMINISTROS CORRESPONDIENTE AL DE MES NOVIEMBRE DE 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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

*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



**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 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

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	-740	1,242,501.00
<i>SubTotal</i>										<b>1,242,501.00</b>	



**Total \$1,242,501.00**

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

Observaciones: 2DA. PARTE (50%) DEL RECURSO DEL PROYECTO DENOMINADO CAMPAÑA ESTATAL DE PREVENCION DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2020.

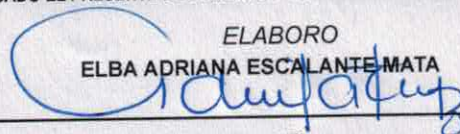
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER No. CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 012700001952237250

*Autorizaciones*

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

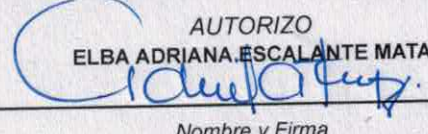
ELABORO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA



Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibi Documentos

AUTORIZO  
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA



Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor