

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: 01 | 07 | 2021 al 15 | 07 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$995,994.00 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	-774	995,994.00
										<i>SubTotal</i>	995,994.00

Total \$995,994.00

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

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA PRIMER QUINCENA DEL MES DE JULIO DE 2021.

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

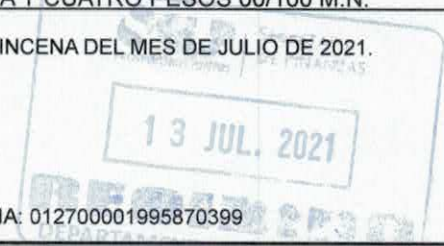
Nombre y Firma

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 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

Período a cubrir: 16 | 07 | 2021 al 31 | 07 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$995,994.00 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	-775	995,994.00
<i>SubTotal</i>										995,994.00	

13 JUL 2021
Total \$995,994.00

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

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE JULIO DE 2021.

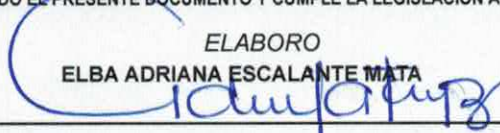
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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

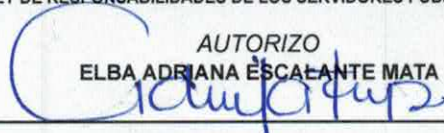
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA

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