

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 | 08 | 2021 al 31 | 08 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$59,787.00 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.
FACTURA	04 31	001 244 11 10	-784	7,126.00			
FACTURA	04 31	001 244 11 10	-784	52,661.00			
<i>SubTotal</i>				59,787.00			

Total \$59,787.00

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO 2021

CTA. ORIGEN DEL RECURSO: BBVA BANCOMER: No. DE CUENTA 0142846578 CLABE INTERBANCARIA: 012700001428465789
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO:

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 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: 01 | 09 | 2021 al 15 | 09 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,040,496.50 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.
FACTURA			-785	1,040,496.50			
			<i>SubTotal</i>	1,040,496.50			



Total \$1,040,496.50

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CUARENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2021.



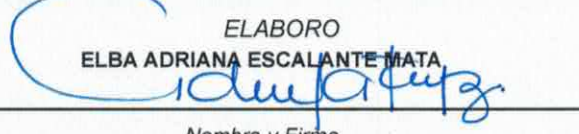
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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

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

Periodo a cubrir: 16 | 09 | 2021 al 30 | 09 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,040,496.50 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	-786	1,040,496.50

Sub Total OFICIALIA MAYOR **1,040,496.50**



Total **\$1,040,496.50**

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CUARENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

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

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

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