

**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 | 05 | 2021 al 31 | 05 | 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.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	002	4152	-768	7,126.00
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-768	52,661.00
									<b>SubTotal</b>	<b>59,787.00</b>



**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 MAYO DE 2021.

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**  
 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  
 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 | 06 | 2021 al 15 | 06 | 2021 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$1,054,166.50 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	-771	1,054,166.50
<i>SubTotal</i>				<b>1,054,166.50</b>



**Total \$1,054,166.50**

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA QUINCENA DE JUNIO DEL AÑO 2021.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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

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*

Periodo a cubrir: 16 | 06 | 2021 al 30 | 06 | 2021 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$1,054,166.50 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	
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	-772	1,054,166.50
									<i>SubTotal</i>	<b>1,054,166.50</b>



**Total \$1,054,166.50**

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO DEL AÑO 2021.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

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

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  
Oficialia Mayor