

**Solicitud de Orden de Pago**

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 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 ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Puesto de 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 del 15 11 21 al 30 11 21 No. de Facturas Anexas 1

Importe Solicitado \$ 1,054,166.50 No. Empleados \_\_\_\_\_

Viaticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) REMUNERACIONES DEL PERS

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	-793	1,054,166.50
										SubTotal	1,054,166.50



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 DEL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2021

PROGRAMA:  
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 PUBLICOS DEL ESTADO.

ELABORO

*[Firma]*

ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Nombre y Firma

DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO

*[Firma]*

ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Nombre y Firma

DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor

*Recibido 19/11/21*



**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 ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ  
 Puesto del Funcionario Facultado ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ  
 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 | 2021 al 30 | 10 | 2021 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$59,787.00 No. de Empleados                     

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) GASTOS 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	-789	7,126.00
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-789	52,661.00
<b>SubTotal</b>										<b>59,787.00</b>

*Recb! 9/14/10/21 Jone*

**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 OCTUBRE 2021

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER No.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  
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

*[Firma]*

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO  
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

*[Firma]*

Nombre y Firma  
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA  
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor



Gobierno del Estado de San Luis Potosí  
Secretaría de Finanzas

Folio B043100139

Fecha de Solicitud 12 11 21

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 POTOSI

Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 0431 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

Nombre del Funcionario Facultado ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Puesto de 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 del 01 11 21 al 15 11 21 No. de Facturas Anexas 1

Importe Solicitado \$ 1,054,166.50 No. Empleados

Viaticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) REMUNERACIONES DEL PERS

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	-792	1,054,166.50
										SubTotal	1,054,166.50



Recibí  
12/11/21  
Jone

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 DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2021

PROGRAMA:

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

*[Signature]*

ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Nombre y Firma

DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA

Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

AUTORIZO

*[Signature]*

ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Nombre y Firma

DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA

Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialia Mayor