



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 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 | 2022 al 30 | 06 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$22,969.50 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 | 003 | 4152 | 837 | 22,969.50 |
| | | | | | | | | | <i>SubTotal</i> | 22,969.50 |

Total \$22,969.50

Cantidad con Letra (VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones:

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 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

AUTORIZO
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

[Firma]

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 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 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 | 2022 al 15 | 08 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,129,045.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar)

| 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 | 855 | 1,129,045.00 |
| | | | | | | | | | SubTotal | 1,129,045.00 |

Total \$1,129,045.00

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CIENTO VEINTINUEVE MIL CUARENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones:

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 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
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante



AUTORIZO
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

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 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 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 | 08 | 2022 al 31 | 08 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$845,837.98 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 | 863 | 845,837.98 |
| SubTotal | | | | 845,837.98 |

Total \$845,837.98

Cantidad con Letra (OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS 98/100 M.N.)

Observaciones:

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 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
 ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ
 Nombre y Firma
 DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
 Dependencia Solicitante

AUTORIZO
 ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ
 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

