

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

Periodo a cubrir: 18 | 04 | 2022 al 31 | 12 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$540,000.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTOS DE INVERSION FOBAM

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	02	24	012	6322	828	540,000.00
<i>SubTotal</i>										540,000.00	

Total \$540,000.00

Cantidad con Letra (QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones:

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: CUENTA: 1185835267 CLABE INTERBANCARIA: 0727000011858352670

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

AUTORIZO
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ

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



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: 22 | 04 | 2022 al 30 | 11 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$625,000.00 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	02	24	013	6322	829	625,000.00
<i>SubTotal</i>										625,000.00	

Total \$625,000.00

Cantidad con Letra (SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones:

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: CUENTA:1182622877 CLABE INTERBANCARIA: 0127000011826228778

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 SNCHEZ

Nombre y Firma
DIRECTOR DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

POTOSÍ PARA LOS POTOSINOS GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027
SECRETARÍA DE FINANZAS

AUTORIZO
ELIZABETH CARRILLO SNCHEZ

Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

10 JUN. 2022
RECIBIDO
DEPARTAMENTO DE INVERSIONES

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 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 15 | 06 | 2022 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$1,308,696.30 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	830	1,308,696.30
SubTotal										1,308,696.30

Total \$1,308,696.30

Cantidad con Letra (UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS 30/100 M.N.)

Observaciones:

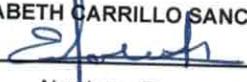
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA SUC 830, PLAZA SLP CTA: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



Recibi 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: 16 | 06 | 2022 al 30 | 06 | 2022 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$827,221.56 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	836	827,221.56
<i>SubTotal</i>										827,221.56



Total \$827,221.56

Cantidad con Letra (OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS VEINTIUN PESOS 56/100 M.N.)

Observaciones:

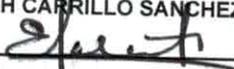
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: CUENTA: 0199587039 CLABE INTERBANCARIA: 01270000199587399

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

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO
ELIZABETH CARRILLO SANCHEZ



Nombre y Firma

DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA

Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficialía Mayor