



**Solicitud de Orden de Pago**

*Datos Generales del Solicitante*

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 0449 CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES  
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 001 COORDINACION GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES  
 Nombre del Funcionario Facultado MTRA. MONICA KEMP ZAMUDIO  
 Puesto del Funcionario Facultado COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES  
 Cheque a favor de CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

Proveedor

Empleado / Funcionario

Contratista

*Datos de Comprobación*

Período a cubrir: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado **\$146,849.19** No. de Empleados \_\_\_\_\_

Viáticos  Gastos a Comprobar  Fondos Revolventes  Otros (Especificar) SERVICIOS GENERALES

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal							No Factura/ No de Oficio	Importe	
		Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		04	49	001	205	04	10	003	4152	2423	146,849.19
<i>SubTotal</i>										<b>146,849.19</b>	

**Total \$146,849.19**

Cantidad con Letra (CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS 19/100 M.N.)

Observaciones: CORRESPONDIENTE A LOS SERVICIOS GENERALES AL MES DE MAYO 2024

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: 012700001201216812 BBVA MEXICO

*Autorizaciones*

HE REVISADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y CUMPLE LA LEGISLACIÓN APLICABLE VIGENTE Y LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL ESTADO

**ELABORO**  
MTRO. CELERINO CASTILLO MEDINA

**AUTORIZO**  
MTRA. MONICA KEMP ZAMUDIO

Nombre y Firma  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES  
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma  
COORDINADORA GENERAL DEL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES  
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha  
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma  
Oficialía Mayor