

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 José Armando Ramírez Rojas
 Puesto del Funcionario Facultado Director Administrativo
 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 | 2018 al 15 | 08 | 2018 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$919,055.00 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.		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	591	919,055.00
									<i>SubTotal</i>	919,055.00

Total \$919,055.00

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: Pago de Remuneraciones al Personal correspondientes a la Primera Quincena del mes de Agosto de 2018.
 Clave Presupuestal 04 31 001 244 11 10 001 4152 \$ 919,055.00

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER CTA: 0199587039 CLABE: 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
José Armando Ramírez Rojas

Nombre y Firma
Director Administrativo
Dependencia Solicitante

AUTORIZO
José Armando Ramírez Rojas

Nombre y Firma
Director Administrativo
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 José Armando Ramírez Rojas
 Puesto del Funcionario Facultado Director Administrativo
 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 | 2018 al 31 | 08 | 2018 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$919,055.00 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) Remuneraciones al Personal

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	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	592	919,055.00
<i>SubTotal</i>											919,055.00	

Total \$919,055.00

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: Pago de Remuneraciones al Personal correspondientes a la Segunda Quincena del mes de Agosto de 2018.
 Clave Presupuestal 04 31 001 244 11 10 001 4152 \$ 919,055.00

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER CTA: 0199587039 CLABE: 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
José Armando Ramírez Rojas

AUTORIZO
José Armando Ramírez Rojas

Nombre y Firma
Director Administrativo
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma
Director Administrativo
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 José Armando Ramírez Rojas
 Puesto del Funcionario Facultado Director Administrativo
 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 | 2018 al 31 | 08 | 2018 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$70,338.00 No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) Gasto Corriente

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	593	8,384.00
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	593	61,954.00
									<i>SubTotal</i>	70,338.00

Total \$70,338.00

Cantidad con Letra (SETENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: Gasto Corriente del Mes de Agosto de 2018
 Clave Presupuestal 0431 001 244 11 10 002 4152 \$ 8,384.00
 Clave Presupuestal 0431 001 244 11 10 003 4152 \$ 61,954.00

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER CTA: 0142846578 CLABE: 012700001428465789

Autorizaciones

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

ELABORÓ
José Armando Ramírez Rojas

AUTORIZÓ
José Armando Ramírez Rojas

Nombre y Firma
Director Administrativo
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma
Director Administrativo
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma
Oficialia Mayor

2018 AGO 14 AM 9:07

SECRETARÍA DE FINANZAS