

Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO
 Nombre del Funcionario Facultado ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA
 Puesto del Funcionario Facultado DIRECTORA 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: 01 | 01 | 2020 al 31 | 01 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$70,338.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revoventes Otros (Especificar) GASTO DE OPERACION

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal							No Factura/ No de Oficio	Importe	
		Poder	Des.	Dir.	Prog	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		04	31	001	244	11	10	002	4152	-682	8,384.00
FACTURA		04	31	001	244	11	10	003	4152	-692	61,954.00
<i>Sub Total</i>											70,338.00

Total \$70,338.00

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

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE 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
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

(Firma)
Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Recibi Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

(Firma)
Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficialía Mayor



Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante: 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante: 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO
 Nombre del Funcionario Facultado: ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA
 Puesto del Funcionario Facultado: DIRECTORA 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: 01 | 02 | 2020 al 15 | 02 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado: \$990,397.50 No. de Empleados: _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revalvantes Otros (Especificar) REMUNERACIONES AL PERSONAL

Doc. Anexa	Cve. Tipo Comprobante	Clave Presupuestal							No Factura/ No de Oficio	Importe
			Poder	Dep.	Dir.	Prog	SubProg	Fuente		
FACTURA	04	31	001	244	11	10	001	4152	-860	990,397.50
<i>SubTotal</i>										990,397.50

Total \$990,397.50

Cantidad con Letra: (NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE FEBRERO 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0199587033 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
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Recibi Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficiala Mayor



Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Nombre del Funcionario Facultado Elba Adriana Escalante Mata
 Puesto del Funcionario Facultado Directora del Área 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: 01 | 01 | 2020 al 31 | 03 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$3,500,000.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) Proyecto de Inversión

Doc. Anexa	Cve. Tipo Compromiso	Clave Presupuestal	No Factura/ No de Oficio			Importe		
			Poder	Dap.	Dir.			
FACTURA	04	31 001	244	02	10	005 6322	-686	3,500,000.00
							Subtotal	3,500,000.00

Total \$3,500,000.00

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

Observaciones: Proyecto denominado Fortalecimiento a la Atención de las Mujeres en Situación de Violencia de Género 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 012700001952237250

Autorizaciones

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

ELABORO
Elba Adriana Escalante Mata

Nombre y Firma
Directora del Área Administrativa
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO
Elba Adriana Escalante Mata

Nombre y Firma
Directora del Área Administrativa
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficialía Mayor

SLP
SECRETARÍA DE FINANZAS

18 FEB. 2020

RECIBIDO

DEPARTAMENTO DE INVERSIONES

Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Nombre del Funcionario Facultado Elba Adriana Escalante Mata
 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: 01 | 02 | 2020 al 31 | 03 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$300,000.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otras (Especificar) Proyecto de Inversión

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	04	10	004	6322	-687	300,000.00
									Sub total	300,000.00

Total \$300,000.00

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

Observaciones: Proyecto denominado Reconocimiento Mujer Potosina del año 2020 en conmemoracion del Dia Internacional de la Mujer

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

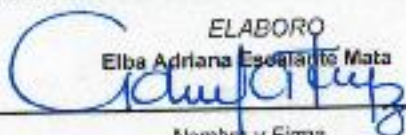
CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 012700001952237250

Autorizaciones

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

ELABORO

Elba Adriana Escalante Mata



Nombre y Firma

Directora del Area Administrativa

Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO

Elba Adriana Escalante Mata



Nombre y Firma

Directora del Area Administrativa

Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficial Mayor



Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante **04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO**
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante **04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO**
 Nombre del Funcionario Facultado **ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA**
 Puesto del Funcionario Facultado **DIRECTORA 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: **16 | 02 | 2020** al **29 | 02 | 2020** No. de facturas anexas: **1**
 Importe Solicitado **\$990,397.50** No. de Empleados _____

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revoventes Otras (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	-681	990,397.50
<i>Sub Total</i>				990,397.50

Total \$990,397.50

Cantidad con Letra (**NOVECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS 50/100 M.N.**)

Observaciones: **REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE FEBRERO 2020**

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: **BBVA 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 PÚBLICOS DEL ESTADO

ELABORO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

Nombre y Firma
Oficial Mayor



Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí
 Nombre del Funcionario Facultado Elba Adriana Escalante Mata
 Puesto del Funcionario Facultado Directora del Área 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: 01 | 02 | 2020 al 29 | 02 | 2020 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$70,338.00 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.	Dr.	Prog.	SubProg	Fuente.			Otra	O. Gasto
FACTURA			04	31	001	244	11	10	002	4152	-688	8,384.00
FACTURA			04	31	001	244	11	10	003	4152	-688	61,954.00
Sub total											70,338.00	

Total \$70,338.00

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

Observaciones: Gasto de operacion correspondiente el mes de febrero del año 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0142846578 CLABE INTERBANCARIA: 012700031428465789

Autorizaciones

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

ELABORO
Elba Adriana Escalante Mata

Nombre y Firma
Directora del Área Administrativa
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

AUTORIZO
Elba Adriana Escalante Mata

Nombre y Firma
Directora del Área Administrativa
Dependencia Solicitante

Autorización Especial

Nombre y Firma
Oficialía Mayor

