

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

Período a cubrir: 01 | 04 | 2020 al 15 | 04 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$990,397.50 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		Poder	Dep.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
		04	31	001	244	11	10	001	4152	-696	990,397.50
										SubTotal	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 ABRIL DE 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 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
Oficialia 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 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 | 04 | 2020 al 30 | 04 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$990,397.50 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	-697	990,397.50
										SubTotal	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 ABRIL DE 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 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
Oficialia Mayor

SECRETARÍA DE FINANZAS

17 ABR. 2020

RECIBIDO
DEPARTAMENTO DE INVERSIONES

OFICIALIA MAYOR

15 ABR. 2020

RECIBIDO
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
V.O. OFICIALIA MAYOR PARA EFECTO DE INTERVENCIÓN

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

Período a cubrir: 01 | 04 | 2020 al 30 | 04 | 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.	Dir.	Prog.	SubProg	Fuente.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		04	31	001	244	11	10	002	4152	-699	8,384.00
FACTURA		04	31	001	244	11	10	003	4152	-699	61,954.00
SubTotal											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 ABRIL 2020.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BANCO: BBVA No. DE CUENTA: 0142846578 CLABE INTERBANCARIA: 01 27 0000 1428465789

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
Oficialia Mayor

