

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 | 05 | 2020 al 15 | 05 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$949,387.50 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	-703	949,387.50
									SubTotal	949,387.50

Total \$949,387.50

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: PAGO REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE MAYO 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
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 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 | 05 | 2020 al 31 | 05 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$949,387.50 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	-704	949,387.50
									SubTotal	949,387.50

Total \$949,387.50

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 50/100 M.N.)

Observaciones: PAGO REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE MAYO 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

Recibi 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

RECIBIDO

11 MAYO 2020

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 | 05 | 2020 al 31 | 05 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$59,787.30 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	-706	7,126.40
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-706	52,660.90
SubTotal										59,787.30

Total \$59,787.30

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 30/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 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

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

