

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 | 07 | 2020 al 15 | 07 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$903,821.00 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.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		04	31	001	244	11	10	001	4152	-715	903,821.00
										SubTotal	903,821.00



Total \$903,821.00

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE JULIO 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

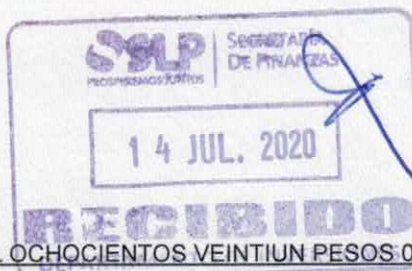
☐ Contratista

Datos de Comprobación

Período a cubrir: 15 | 07 | 2020 al 31 | 07 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$903,821.00 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.	Obra	O. Gasto		
FACTURA		04	31	001	244	11	10	001	4152	-716	903,821.00
										SubTotal	903.821.00



Total \$903,821.00

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE JULIO 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: 01 | 07 | 2020 al 31 | 07 | 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	-7177,126.40
FACTURA		04	31	001	244	11	10	003	4152	-71752,660.90
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 JULIO 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
Oficialía Mayor

Solicitud de Orden de Pago

Datos Generales del Solicitante

Cve. y Nombre de la Dependencia Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LA MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante 04 31 INSTITUTO DE LA 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: 31 | 07 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$1,820,685.37 No. de Empleados

☐ Viáticos ☐ Gastos a Comprobar ☐ Fondos Revolventes ☐ Otros (Especificar)

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	02	24	015	6322	-723
										1,820,685.37
SubTotal										1,820,685.37

Total \$1,820,685.37

Cantidad con Letra (UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS 37/100 M.N.)

Observaciones: SEGUNDA MINISTRACION DE RECURSOS PUBLICOS FEDERALES CON CAEACTER DE DONATIVO DEL GOBIERNO FEDERAL. PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO BENEFICIADO EN EL MARCO FOBAM

CTA. ORIGEN DEL RECURSO: BANORTE No. CUENTA 1109836233 CLABE INTERBANCARIO 072700011098362336
CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0115450772 CLABE INTERBANCARIA: 012700001154507720

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

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha
Dirección de Control Presupuestal

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: 10 | 07 | 2020 al 31 | 12 | 2020 No. de facturas anexas: 1
Importe Solicitado \$3,001,692.00 No. de Empleados

☐ Viáticos ☐ Gastos a Comprobar ☐ Fondos Revolventes ☒ Otros (Especificar) PROGRAMA FEDERAL

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	01	24	012	6322	-712	3,001,692.00
										SubTotal
										3,001,692.00

Total \$3,001,692.00

Cantidad con Letra (TRES MILLONES UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: PRIMERA MINISTRACION DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GENERO PARA EL EJERCICIO 2020

CTA. ORIGEN DEL RECURSO: BANORTE No. DE CUENTA: 1105061989 CLABE INTERBANCARIA: 072 700 011050619894
CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA No. DE CUENTA: 0115304776 CLABE INTERBANCARIA: 012700001153047760

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

AUTORIZO
ELBA ADRIANA ESCALANTE MATA

Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

Recibí Documentos

Autorización Especial

Nombre, Firma y Fecha

Nombre y Firma

Dirección de Control Presupuestal

Oficialia Mayor

