

**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 | 02 | 2021 al 15 | 02 | 2021 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$983,732.68 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
FACTURA	04 31	001 244 11 10 001 4152								-746	983,732.68
										<i>SubTotal</i>	<b>983,732.68</b>



**Total \$983,732.68**

Cantidad con Letra (NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS 68/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA PRIMERA QUINCENA DEL MES DE FEBRERO DE 2021

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER NUMERO 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

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  
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 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: 16 | 02 | 2021 al 28 | 02 | 2021 No. de facturas anexas: 1  
 Importe Solicitado \$1,124,859.85 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	-749	1,124,859.85
<i>SubTotal</i>										<b>1,124,859.85</b>	



**Total \$1,124,859.85**

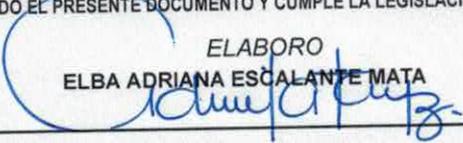
Cantidad con Letra (UN MILLÓN CIENTO VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS 85/100 M.N.)

Observaciones: REMUNERACIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTES A LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE FEBRERO DE 2021.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:  
 CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER NUMERO 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

**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

