

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 POTOSI
 Cve. y Nombre de la Dirección Solicitante: 04 31 INSTITUTO DE LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI
 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

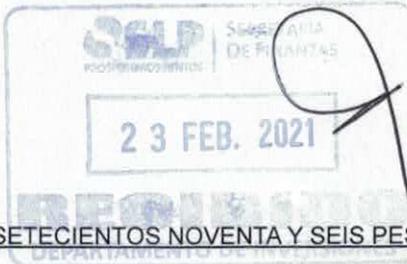
Datos de Comprobación

Periodo a cubrir: 01 | 01 | 2021 al 31 | 01 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado: \$59,796.55 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	-750	7,131.65
FACTURA	04	31	001	244	11	10	003	4152	-750	52,664.90
SubTotal										59,796.55



Total \$59,796.55

Cantidad con Letra (CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS 55/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO DE 2021.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER NUMERO 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 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 | 03 | 2021 al 15 | 03 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,054,166.50 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	04 31	001 244 11 10 001	4152 -752	1,054,166.50
<i>SubTotal</i>				1,054,166.50

Stamp: S.S.L.P. SECRETARÍA DE FINANZAS
12:15e.
09 MAR 2021

Total \$1,054,166.50

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

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

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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

Stamp: S.S.L.P. SECRETARÍA DE FINANZAS
PROSPEREMOS JUNTOS
09 MAR 2021
OFICIALÍA MAYOR
INTEGRAR INVENTARIO

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 | 01 | 2021 al 28 | 02 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,652,700.00 No. de Empleados

Viáticos Gastos a Comprobar Fondos Revolventes Otros (Especificar) PROYECTO DE INVERSION

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	10	013	6322	-754	1,652,700.00
<i>SubTotal</i>													1,652,700.00	

Total \$1,652,700.00

Cantidad con Letra (UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: PROYECTO DE INVERSION DENOMINADO FORTALECIMIENTO A LA ATENCION DE LAS MUJERES EN SITUACION DE VIOLENCIA DE GENERO 2021.

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER No. DE CUENTA: 0195223725 CLABE INTERBANCARIA: 012 700 001952237250

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

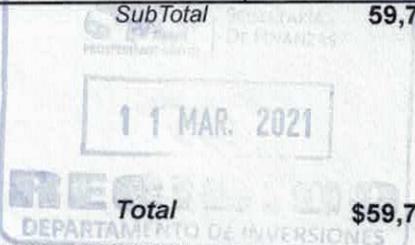
Datos de Comprobación

Período a cubrir: 01 | 02 | 2021 al 28 | 02 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$59,787.00 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	-751	7,126.00
FACTURA		04	31	001	244	11	10	003	4152	-751	52,661.00
Sub Total											59,787.00

Total \$59,787.00



Cantidad con Letra (CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 00/100 M.N.)

Observaciones: GASTO DE OPERACION CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO DE 2021.

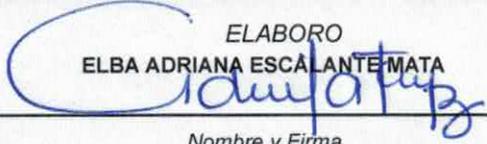
CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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

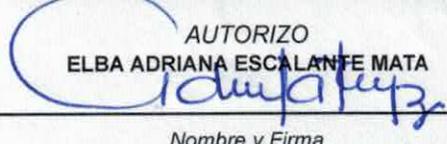


Nombre y Firma
DIRECTORA DEL AREA ADMINISTRATIVA
Dependencia Solicitante

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

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

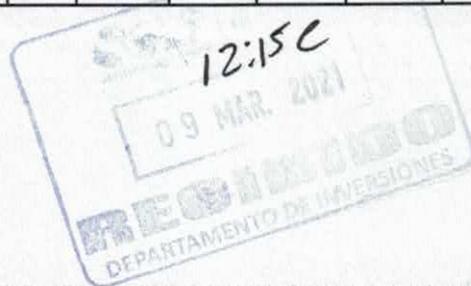
Proveedor Empleado / Funcionario Contratista

Datos de Comprobación

Periodo a cubrir: 16 | 03 | 2021 al 31 | 03 | 2021 No. de facturas anexas: 1
 Importe Solicitado \$1,054,166.50 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.	
FACTURA	04 31	001 244 11 10 001 4152				-753 1,054,166.50
<i>SubTotal</i>						1,054,166.50



Total \$1,054,166.50

Cantidad con Letra (UN MILLÓN CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS 50/100 M.N.)

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

CTA. ORIGEN DEL RECURSO:

CTA. BANCARIA DE DEPOSITO: BBVA BANCOMER 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