

# Comprobante de Gastos

\$ 240.00

IMPORTE (EN LETRA) DOS CIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 MN

CONCEPTO  
COMIDA POR VISITA A OPERACION  
INCUBADORA CEIBA PUEB.

### CARGUESE A:

No. DE CUENTA	NOMBRE	IMPORTE

FECHA 03 / 05 / 24  
AUTORIZADO POR [Signature]  
RECIBIDO POR [Signature]

Office DEPOT.

