

COMPROBANTE DE GASTOS

\$ 400.00

IMPORTE (EN LETRA) :

(CUATROCIENTOS PESOS 00/1004.00)

CONCEPTO :

AUMENTOS PARA COLABORADORES POR
APOYO ENTERUINO DEL SINTIDO ENTENDIDO

CARGUESE A:

No. DE CUENTA	NOMBRE	IMPORTE
		

CONTROL	FECHA:	AUTORIZADO POR:	RECIBIDO POR:
	06/12/22	Dra. Joz Acosn	ROBERTO CRUZ

\$EGURIDAD S.A.

2053

maico