

Comprobante de Gastos

\$1,000.00

IMPORTE (EN LETRA)

Unmil pesos a/veo M.N.

CONCEPTO

Apoyo por medicinas 5 Nom 35
de los siguientes unidades
T26, T23, T64, T22, T27

CARGUESE A:

Nº. DE CUENTA

NOMBRE

IMPORTE

María Pérez Riza

\$1,000.00

FECHA

AUTORIZADO

RECIBIDO POR:

14/09/2012

7



501523 721876