[redacted]

Factura A 4207

FOLIO FISCAL (UUID)
8CBB0A6D-AB89-4843-A99E-53BDBBEFD420
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT
00001000000405535779
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR
00001000000408697289
FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN
2020-10-23T14:02:38

[redacted]

2020-10-23T13:50:27
LUGAR DE EXPEDICIÓN
37748

CLIENTE

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS DE LA PAZ.
SDI870831DF3
USO CFDI: G03 - Gastos en general
Bravo, 604, San Luis de La Paz Centro, 37900, San Luis de la Paz, San Luis de la Paz, Guanajuato, México

CONCEPTOS

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.00	E48	CONSUMO DE ALIMENTOS DEL DÍA 01 DE OCTUBRE DEL 2020. Clave Prod. Serv. - 90101501 Restaurantes Impuestos: Traslados: 002 IVA Base - $ 137.93 Tasa - 0.160000 Importe - $ 22.07	$ 137.93	$ 137.93

IMPORTE CON LETRA	CIENTO SESENTA PESOS, 00/100 MXN	**SUBTOTAL**	$ 137.93
		TRASLADO IVA TASA 0.160000	$ 22.07
TIPO DE COMPROBANTE	I - Ingreso	**TOTAL**	$ 160.00
FORMA DE PAGO	01 - Efectivo		
MÉTODO DE PAGO	PUE - Pago en una sola exhibición		
CONDICIONES DE PAGO	Contado		
MONEDA	MXN - Peso Mexicano		

[redacted]

[redacted]

Folios Digitales premium® CFDI
Descargue gratis este comprobante
en formato digital .XML ingresando a: ***foliosdigitales.blikon.com/xml***

Para facturar en línea ingresa a: ***foliosdigitales.blikon.com***

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO.

Folio: 309

Oficio de Comisión a la Ciudad (Comunidad) de San Miguel de Allende Gto

San Luis de la Paz, Gto., a 01 de octubre de 2020.

Nombre del comisionado(s): Emmanuel y ~~Gloria~~ ~~Romero~~ Rebeca Mor

Se servirá usted trasladarse a: al hospital regional san Miguel de Allende

Durante la fecha: 01/oct/2020 Con el objeto de: revision y tratamiento psiquiatrico de Rosita Barcía

Medio de Transporte (No. de Unidad) 8 Número de Vale Combustible 4453 Litros 20

1/2

Vacío Lleno

1/2

Vacío Lleno

Odómetro Inicial	Odómetro Final
273605	273612

Observaciones Adicionales:

Firma de Responsable de Área Solicitante

Nombre y firma de persona Asignada a manejar

Firma de Comisionado (s)

L.E.P. NORMA LORENA ALVAREZ HERNANDEZ
AUTORIZACIÓN: Director General del Sistema DIF

CONSTANCIA DE PERMANENCIA

Lugar y Sello	Fecha y Hora	Firma Autógrafa de Certificación
	Llegada: Salida:	
Lugar y Sello	**Fecha y Hora**	**Firma Autógrafa de Certificación**
	Llegada: Salida:	