

**LEONARDO MENDOZA JAIME**

MEJL741029F60

RÉGIMEN FISCAL: 621 - Incorporación Fiscal

1ro. de Mayo, 86, Fracc. Ignacio Ramirez, 37748, San miguel de Allende, San Miguel de Allende, San Miguel de Allende, Guanajuato, México  
Tel. 4151194545

**CLIENTE**

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

SDI870831DF3

USO CFDI: G03 - Gastos en general.

DOMICILIO FISCAL: 37911

REGIMEN FISCAL: 603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos

Bravo, 604, 37911, Guanajuato, México

**Factura A 5630**

FOLIO FISCAL (UUID)

806C2D0D-A103-4A70-8191-6A3CFAB868F8

NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT

00001000000506204896

NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR

00001000000510136791

FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN

2023-06-21T09:58:46

RFC PROVEEDOR DE CERTIFICACIÓN

STA0903206B9

FECHA Y HORA DE EMISIÓN DE CFDI

2023-06-21T09:47:20

LUGAR DE EXPEDICIÓN

37748

CONCEPTOS					
Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Objeto Imp.	Importe
1.00	E98	CONSUMO DE ALIMENTOS.	\$ 103.45	02 - Si objeto de impuesto.	\$ 103.45
		Clave Prod. Serv. - 90101501 Restaurantes			
		Impuestos:			
		Traslados:			
		002 IVA Base - 103.448276 Tasa - 0.160000 Importe - \$ 16.55			

IMPORTE CON LETRA

CIENTO VEINTE PESOS, 00/100 MXN

TIPO DE COMPROBANTE  
FORMA DE PAGO  
MÉTODO DE PAGO  
CONDICIONES DE PAGO  
MONEDA  
VERSION  
EXPORTACION

1 - Ingreso  
01 - Efectivo  
PUE - Pago en una sola exhibición  
Contado  
MXN - Peso Mexicano  
4.0  
01 - No aplica

SUBTOTAL \$ 103.45  
TRASLADO IVA TASA 0.160000 \$ 16.55  
TOTAL \$ 120.00

**SELLO DIGITAL DEL CFDI**

RYUuWi8BRCRoDvi8Urdp6a5ozbH2U+VfAME9ZA95b6ErkjCxoJMS2wqo1gI50YJZZOF3GTSScsXXkzUuttshRSMlr3dlbWwPXBeiCuTSFT40ep5qftiaxguA7GvloJQnftvwFy8lqtb4wh3wjKZIBjSi2la5iDchQzpzGawSYuL68zH7sXi5H38EL/lqmc7qHxXBqNXVTFzJb2Cv57OYYPKLk2J3+gPKxvrfgAHZmbObdyAyjCfOEJG9xISbaFv11q4vb8

**SELLO DIGITAL DEL SAT**

B+BN40FnrEWiwAy4a8i50/GSjg176eNLVxQ2BFIXNaFNZ4c/Wa6kHdSP1Su3Mgcq1hLpYlmo9rmqNbnXuKIFzUPGfTSoEJvNy8ztHDEExWDZzObRP7EB0CrRN5cCHEJ6Au3c7aZGQe1tu+EVgOIBhw6rYpURxVjllkuJUBGfrVllwF+m+CXtJ+HTaxndrPTJegATA3Lj7TM+mWkNZ1SNeT7cMNCTMgLAkegCnSPhHOUIKRy4i7QIHhQxRAjBa60IMuQNHlg7l9bRRrh+byV1plmv3uuYk3vASiI/tXCDmXHH7Ya9/K6Kits7KVplD6ZckBlaWaXRjKdhlvtdPGg==

**CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT**

||1.1|806C2D0D-A103-4A70-8191-6A3CFAB868F8|2023-06-21T09:58:46|STA0903206B9|RYUuWi8BRCRoDvi8Urdp6a5ozbH2U+VfAME9ZA95b6ErkjCxoJMS2wqo1gI50YJZZOF3GTSScsXXkzUuttshRSMlr3dlbWwPXBeiCuTSFT40ep5qftiaxguA7GvloJQnftvwFy8lqtb4wh3wjKZIBjSi2la5iDchQzpzGawSYuL68zH7sXi5H38EL/lqmc7qHxXBqNXVTFzJb2Cv57OYYPKLk2J3+gPKxvrfgAHZmbObdyAyjCfOEJG9xISbaFv11q4vb8J5+VD5w3PXFOT5ksSeD+SAZlzMGHMMhLbwn8+coaTQKQFYNNJut3yPdyUf5ckFDx26fUH5ig==|00001000000506204896||



*FORMA CARCH*  
*POB*

*Salida a San Miguel de Allende - Realizar traslado de pacientes a CAPA*



UNIDAD DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL  
SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. A 22 DE JUNIO DE 2023.  
OFICIO: UPAI/049/2023.  
ASUNTO: EL QUE SE INDICA.

LIC. PATRICIA ORTIZ BECERRA  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL  
SAN LUIS DE LA PAZ, GTO.  
PRESENTE

CON ATENCIÓN: L.A.E. MA. GUADALUPE HERNÁNDEZ HUERTA  
ADMINISTRADORA CONTABLE DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

La que suscribe Lic. Judith Guadalupe Hernández Rivera, Encargada de la Unidad de Prevención y Atención Integral, me dirijo a Usted de la manera más atenta para informarle que la Factura con el número A5630 por la cantidad de \$120.00 (ciento veinte pesos 00/100 M.N.), la cual se comprueba viáticos de la solicitud número 000094, de la C. NORMA LETICIA GARCÍA GONZALEZ, quien fue operador para la Salida a San Miguel de Allende a fin de realizar traslado a pacientes para el Centro de Atención Primaria para la Adicciones. Debo informar que dicha salida fue el 19 de junio de la presente anualidad, sin embargo, en el establecimiento que consumió, no le proporcionaron el ticket de compra, además que la factura fue expedida con fecha del 21 de junio de la presente anualidad. Solicito acepte dicha comprobación de viáticos, debido a que no coinciden las fechas de la salida y la factura. Sin más que agregar, me despido de Usted agradeciendo su atención y a la espera de contar con su favorable respuesta.

ATENTAMENTE  
"SOMOS FAMILIA"

LIC. JUDITH GUADALUPE HERNANDEZ RIVERA  
ENCARGADA DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL



AUTORIZÓ  
LIC. PATRICIA ORTIZ BECERRA  
DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

c.c.p. Archivo



## CARNET DE CITAS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Ailaria Ramírez Hernández

No. De Expediente: 8652

Cuota asignada: Nivel: \_\_\_\_\_ \$: \_\_\_\_\_

Folio Seg. Popular: \_\_\_\_\_

Vigencia Seg. Popular: \_\_\_\_\_

### UNEME CAPA SAN MIGUEL DE ALLENDE

Avenida 1° de Mayo # 7 Fracc. Ignacio Ramírez,  
a un costado del Hospital General.

Tel.: (415) 120 47 99 *12:00pm a 3:00pm*

Fecha	Hora	Servicio	Responsable

Fecha	Hora	Servicio	Responsable	Fecha FAVORABLE	HORA FAVORABLE	SERVICIO FAVORABLE	RESPONSABLE FAVORABLE
16/17 mayo	11:00 am <del>12:30</del>	Medico	Dra. Romero				
17 mayo	12:30	Psic.	Psic. Karina				
Miércoles 14/07/23 107/23	10:00 a.m. 7:30	Medico	Dra. Romero				
19/06/2023	7:00	Medico	Dra. Romero				
19/06/2023	2:00 p.m.	Psicología	Psic. Karina				
03-JULIO	12:00	psicología	Psic. Karina				

Horario: Lunes a Viernes 7:30 a.m. a 9:00 p.m.

Fecha FAVORABLE, HORA FAVORABLE, SERVICIO FAVORABLE, RESPONSABLE FAVORABLE

*12:00pm a 3:00pm*



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

Folio: 325

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

San Luis de la Paz, Gto., a 14 de Junio del 2023.

Nombre del comisionado(s): Norma García

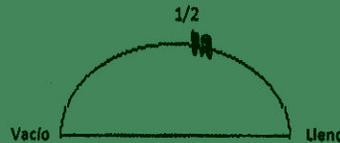
Se servirá usted trasladarse a: Centro de atención primaria a las educadoras, Calle 1.º de Mayo, P.O. Box 157, Col. Agrícola-Commerz

Durante la fecha: 19/06/23 Con el objeto de: Realizar traslado de representantes a UNIP

Medio de Transporte (No. de Unidad) 377 Número de Vale Combustible 0450 Litros 35



Odómetro Inicial



Odómetro Final

4256.3

Observaciones Adicionales: se solicita operada salida 8:00 am

Firma de Responsable de Área-Solicitante

NORMA GARCÍA G.  
Nombre y firma de persona  
Asignada a manejar

Norma García  
Firma de Comisionado (s)

Patricia Ortiz Becerra  
AUTORIZACIÓN: L.A.E. PATRICIA ORTIZ BECERRA  
Directora 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:	