

AUTORIZACIÓN EXTRAORDINARIA DE GASTO

FECHA: _____	IMPORTE: _____
--------------	----------------

DÍA MES AÑO

CON NÚMERO

CON LETRA:

CONCEPTO:

PRESTADOR DE SERVICIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR, DOMICILIO O SU UBICACIÓN:

JUSTIFICACIÓN DEL GASTO:

PROGRAMA:

FUNCIONARIO(S) QUE RECIBIÓ EL SERVICIO:

FIRMA DEL FUNCIONARIO(S):	AUTORIZADO POR TITULAR DEL ÁREA:	VO.BO POR SECRETARÍA EJECUTIVA:
	NOMBRE:	NOMBRE:
	FIRMA:	FIRMA:

NINGÚN COMPROBANTE DEBERÁ EXCEDER DE \$500.00 MXN

AUTORIZACIÓN EXTRAORDINARIA DE GASTO

FECHA: _____	IMPORTE: _____
--------------	----------------

DÍA MES AÑO

CON NÚMERO

CON LETRA:

CONCEPTO:

PRESTADOR DE SERVICIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR, DOMICILIO O SU UBICACIÓN:

JUSTIFICACIÓN DEL GASTO:

PROGRAMA:

FUNCIONARIO(S) QUE RECIBIÓ EL SERVICIO:

FIRMA DEL FUNCIONARIO(S):	AUTORIZADO POR TITULAR DEL ÁREA:	VO.BO POR SECRETARÍA EJECUTIVA:
	NOMBRE:	NOMBRE:
	FIRMA:	FIRMA:

NINGÚN COMPROBANTE DEBERÁ EXCEDER DE \$500.00 MXN

AUTORIZACIÓN EXTRAORDINARIA DE GASTO

FECHA: _____	IMPORTE: _____
--------------	----------------

DÍA MES AÑO

CON NÚMERO

CON LETRA:

CONCEPTO:

PRESTADOR DE SERVICIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR, DOMICILIO O SU UBICACIÓN:

JUSTIFICACIÓN DEL GASTO:

PROGRAMA:

FUNCIONARIO(S) QUE RECIBIÓ EL SERVICIO:

FIRMA DEL FUNCIONARIO(S):	AUTORIZADO POR TITULAR DEL ÁREA:	VO.BO POR SECRETARÍA EJECUTIVA:
	NOMBRE:	NOMBRE:
	FIRMA:	FIRMA:

NINGÚN COMPROBANTE DEBERÁ EXCEDER DE \$500.00 MXN

AUTORIZACIÓN EXTRAORDINARIA DE GASTO

FECHA: _____	IMPORTE: _____
--------------	----------------

DÍA MES AÑO

CON NÚMERO

CON LETRA:

CONCEPTO:

PRESTADOR DE SERVICIO:

NOMBRE DEL PRESTADOR, DOMICILIO O SU UBICACIÓN:

JUSTIFICACIÓN DEL GASTO:

PROGRAMA:

FUNCIONARIO(S) QUE RECIBIÓ EL SERVICIO:

FIRMA DEL FUNCIONARIO(S):	AUTORIZADO POR TITULAR DEL ÁREA:	VO.BO POR SECRETARÍA EJECUTIVA:
	NOMBRE:	NOMBRE:
	FIRMA:	FIRMA:

NINGÚN COMPROBANTE DEBERÁ EXCEDER DE \$500.00 MXN