

COMPROBANTE DE GASTOS		\$ \$550.00
IMPORTE (EN LETRA) (QUINIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.)		
CONCEPTO REEMBOLSO POR COMPRA DE MEDICAMENTO		
CARGUESE A:		
No. DE CUENTA	NOMBRE	IMPORTE
AM100421	CAPITAL HUMANO	
672003	NO DEDUCIBLE	\$550.00
CONTROL	FECHA	AUTORIZADO POR
	07/02/2023	ING. MARIELA AVELAR GARCIA
RECIBIDO POR		
		JUAN DIEGO RAMIREZ CLEMENTE

grafix México GM 55 Tel.: 5587 0066 www.heliosinpresores.com.mx

RECIBO			
CONSULTORIO MÉDICO SAN MARTÍN Av. San Marcos, a un costado del COBAEM C.P. 55900, Otumba Estado de México. CONTACTO: @ 5632861996			
Consulta General ☒ Consulta de Especialidad ☐	Tipo de Especialidad _____	FOLIO 0727 FECHA 24/01/23	
Médico: <i>[Signature]</i>		Paciente: <i>Amel Guzmán y Zary</i> Edad: <i>40 y 31</i>	
Dirección: <i>Tehuacan</i>		Tel: <i>5544493674</i>	
Próxima cita: <i>1/1</i>			
Cant.	Descripción	P. Unitario	Importe
2	<i>Casa 1/4</i>	\$ 300	
	<i>Remedio</i>	\$ 250	
	<i>Insulin</i>		
<i>[Signature]</i>			
TOTAL \$ 550.		A CUENTA _____ RESTA _____	