



ICATLAX
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
PARA EL TRABAJO DEL ESTADO
DE TLAXCALA

RECIBO DE GASTOS MÉDICOS

									NÚMERO	
R	S	P	S	D/E	U.R	P	F.F.	S.F.	T.R.	PP
04	01	02	21	56/1k	04	40/14	15/F	1/01	01	154J/154K

BUENO POR: \$

R E C I B O : DEL INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE TLAXCALA, LA CANTIDAD DE \$ (/100 M.N.), POR CONCEPTO DE AYUDA QUE ME CONCEDE EL INSTITUTO DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO DEL ESTADO DE TLAXCALA, PARA SUFRAGAR GASTOS DE ATENCIÓN MEDICA Y MEDICINAS, SEGÚN COMPROBANTES ADJUNTOS.

DEPENDENCIA /ENTIDAD: I C A T L A X	AREA DE ADSCRIPCIÓN :	
NOMBRE:	R.F.C :	
NOMBRE (S) DEPENDIENTE ECONOMICO:		

FIRMA

TRABAJADOR.

C.P. AUDITOR JUAN MANUEL LEMUS PÉREZ
DIRECTOR GENERAL DEL ICATLAX.

Vo. Bo.

LIC. MARÍA ELIZABETH FLORES RAMOS
DIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL ICATLAX.

TLAXCALA, TLAX., A

DE

DEL 2023.