



**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	53/1H	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: ICATLAX	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:	
NOMBRE:	R.F.C :	
NOMBRE (S) DEPENDIENTE ECONOMICO:		

**FIRMA**  
  
TRABAJADOR.

**AUTORIZÓ**  
  
MTRO. JUAN JAVIER POTRERO TIZAMITL  
DIRECTOR GENERAL DEL ICATLAX

**VALIDÓ**  
  
LIC. MARÍA ELIZABETH FLORES RAMOS  
DIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL ICATLAX.

TLAXCALA, TLAX., A DE DEL 2024.