

RECIBO DE GASTOS.

RECIBÍ DE LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE RAYÓN, S.L.P. A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DEL SMDIF, LA CANTIDAD DE:

Solicitud anexa: _____

Por concepto de: _____

Que será reembolsado: _____

Que será comprobado: _____

MINISTRACIÓN DE REFERENCIA SE HACE POR ORDEN DE LA
C. NIDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO, PRESIDENTA DEL SMDIF
DE RAYON, S.L.P.

RAYÓN, S.L.P. A 22 DE Febrero DEL 2019.

FIRMA DE RECIBIDO:

[Firma manuscrita]

ENTREGO:

[Firma manuscrita]

C. MARIA EDITH HAYAKAWA CAMARGO.
COORDINADORA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.



AUTORIZO:

[Firma manuscrita]

C. NYDIA BERENICE BALBONTIN ZAMUDIO.
PRESIDENTA DEL SMDIF DE RAYON, S.L.P.

Asunto: Solicitud
de Medicamento

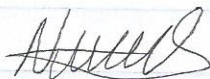
C.

Presidenta del Sistema
Municipal DIF

Por medio de la Presente. me dirijo a
usted con la finalidad de solicitarle el siguiente
Medicamento - 1 Tubo Italdermol 6 Cutanea -
para curar Erida de la señora Natalia Lopez de la Cruz
de 43 años de la Comunidad de la Nueva Reforma.

Esperando contar con su valioso apoyo
de antemano Le doy las Gracias

Atentamente.



C. Natalia Lopez de la Cruz

Dra. Sandra Rebeca González Huerta

MEDICO GENERAL
U.A.S.I.P.

D.G.P. 3771318

REG. S.S.A. SLP 4500/2006-MC

Fecha: 21 FEB 2019 Nombre del Paciente: Natalca Pérez de la Cruz

✓ Icapa Clindamicina 300mg caps \$110

Tomar 1 ~~ca~~ caps P/1 semana

✓ Icapa Cefalexina 500mg caps \$115

Tomar 1 ~~ca~~ caps P/1 semana.

✓ Itabo Italdermol 6 crema 10g \$230 30g \$530

Después de la curación aplicar dentro de la herida y cubrir sigas.

GUZMAN No. 134

TEL 01 (487) 877-85-40

CEL (487) 102-81-68

RAYON, S.L.P.

C.P. 79740