## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD ZONA CENTRO

RECIBO DE AYUDA EN ESPECIE-ECONÓMICO

FOLIO: «FOLIO_»

RECIBÍ DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF ALTAMIRA, TAMAULIPAS:

AYUDA EN: ESPECIE

POR CONCEPTO DE: CONSULTA

CD. ALTAMIRA, TAMAULIPAS A _____ DE _____ DE 2025.

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

CURP: _____

AUTORIZÓ

DR. DEMETRIO ROSAS CAMACHO
DIRECTOR DE ATENCIÓN A LA SALUD
*[FIRMA]*

ELABORÓ

TRABAJADORA SOCIAL
*[NOMBRE Y FIRMA]*

USO EXCLUSIVO DEL
SISTEMA DIF ALTAMIRA
QUEDA PROHIBIDA SU DESCARGA, REPRODUCCIÓN O
DISTRIBUCIÓN SIN AUTORIZACIÓN EXPRESA