

ASUNTO: SOLICITUD

C. OSCAR MEDINA PEREZ
PRESIDENTE MUNICIPAL
EL PLATEADO DE JOAQUIN AMARO, ZAC.
P R E S E N T E :

Por medio del presente me dirijo a Usted, con el fin de solicitarme me apoye:

Con: Recursos economicos

Para Compra de medicamen. controlado

Sin más por el momento, y agradeciendo de antemano su apoyo, a mi presente solicitud.

El Plateado de Joaquín Amaro, Zac., a 25 de Noviembre 2022

Carmen Ledezma Galbez

ATENTAMENTE



BBVA

75025775

Páguese por este cheque a la orden de:

Fecha 25 - Nov - 2022

Carmen Ledezma Galvez

\$ 337.00

CON LETRA

Trescientos treinta y siete pesos 00/100

Moneda Nacional

MUNICIPIO EL PLATEADO DE JOAQUIN AMARO Z

BBVA México, S.A., Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México.

RFC: MPJ850101 AD9

OFICINA : 7703 GOBIERNO AGUASCALIENTES

No DE CUENTA: 00447481225

AGUASCALIENTES, AGS.

[Handwritten signature]
Firma (s)

* D0383

4317151010017310044748122511001180

CUENTA No.

CHEQUE No.

CONCEPTO DEL PAGO

Apoyo econom. para compra de medicamento.

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

Carmen Ledezma G.

B. BENEFICIARIO COPIA COLOR • ARCHIVO CON COMPROBANTES • COPIA BLANCA NUMERICO • CONTABILIDAD BANCARIAS

VENTA	NOMBRE	PARCIAL.	DEBE	HABER
		SUMAS IGUALES		

REVISADO:

AUTORIZADO:

AUXILIARES:

DIARIO:

POLIZA:





AYUNTAMIENTO
El Plateado
DE JOAQUÍN AMARO

MUNICIPIO EL PLATEADO DE JOAQUÍN AMARO, ZAC.
RECIBO DE EGRESOS
Tesorería Municipal
Plaza principal S/N El Plateado de Joaquín Amaro, Zac.
C.P. 99590 Tel. (499) 596 0817

RECIBO

Nº 1600

C. Carmen Ledezma Gálvez

Vecino de la comunidad: _____

RECIBÍ DE LA PRESIDENCIA MUNICIPAL, LA CANTIDAD DE: \$ 337.00

(Trescientos treinta y siete pesos 00/100 m.p.)

Por concepto de: Apoyo económico para compra de medicamento a persona de bajos recursos económicos

Observaciones: _____

A 25 de Noviembre del año 2022.

Oscar Medina Perez

~~LIC. ADRIANA LEAÑOS RODRÍGUEZ~~

166 Yessenia del Real E.
~~C. ABEL NICOLÁS RODRÍGUEZ FLORES~~

Yessenia
SÍNDICO MUNICIPAL

L.C. Ma. del Carmen Alvarez

~~L.C. EMANUEL GARCÍA ROBLES~~

MDA
PRESIDENTA MUNICIPAL

Carmen Ledezma G.
RECIBÍ

CA
PRESIDENTA MUNICIPAL

FARMACIAS DE SIMILARES SA DE CV
 REGIMEN GENERAL DE LEY PERSONAS MORALES
 DOMICILIO FISCAL

ALAMANTA No. 10 CAL. INDEPENDENCIA ALCALDIA BENITO
 JUAREZ CP 03630 CIUDAD DE MEXICO, MEXICO RFC.
 FST-976909-NL5
 DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO, LUGAR Y FECHA DE
 EXPEDICION:
 Sucursal: 211 GUADALUPE 1
 CLL. GUERRERO 4, CENTRO, GUADALUPE ZACATECAS, MEXICO
 C.P. 96600

Junes. 21 nov. 2022 05:01:42 p. m.
 Caja: 1 CO Ticket: 8d937b57-ffff-4d3e-9450-4d5e2f0d1aa8
 3230 SITAOLIPTINA 100RS 1 BL 1 X 449.00 449.00
 Códigos: 1
 Piezas a Entregar: 1
 BL - El Buen Lunes

Subtotal: 449.00
 Descuentos: 112.25
 *IVA AL 16 %: 0.00
Total M.N.: 336.75
 (trescientos treinta y seis pesos 75/100 MN)
 Pagos >> Efectivo: 400.00
 Cambio: 63.25

Documento sin Efectos Fiscales

No se aceptan devoluciones en antibióticos, promociones,
 cheques, transferencias y tickets facturados. Para pagos
 con tarjeta la devolución aplica el mismo día y a la misma
 tarjeta. En efectivo y CoDi dentro de los 4 días
 posteriores y dentro del mismo mes calendario.

Si requiere factura, favor de solicitarla al momento de efectuar
 su compra en esta farmacia

Referencia de Facturación: 0021102311005
 Facturación en línea
www.farmaciasdesimilares.com
 Bajas y Sugerecias SIMITEL 800 911 6666



2311005000017

FARMACIAS DE SIMILARES SA DE CV
 REGIMEN GENERAL DE LEY PERSONAS MORALES
 DOMICILIO FISCAL

ALAMANTA No. 10 CAL. INDEPENDENCIA ALCALDIA BENITO
 JUAREZ CP 03630 CIUDAD DE MEXICO, MEXICO RFC.
 FST-976909-NL5
 DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO, LUGAR Y FECHA DE
 EXPEDICION:
 Sucursal: 211 GUADALUPE 1
 CLL. GUERRERO 4, CENTRO, GUADALUPE ZACATECAS, MEXICO
 C.P. 96600

Junes. 21 nov. 2022 05:01:42 p. m.
 Caja: 1 CO Ticket: 8d937b57-ffff-4d3e-9450-4d5e2f0d1aa8
 3230 SITAOLIPTINA 100RS 1 BL 1 X 449.00 449.00
 Códigos: 1
 Piezas a Entregar: 1
 BL - El Buen Lunes

Subtotal: 449.00
 Descuentos: 112.25
 *IVA AL 16 %: 0.00

Total M.N.: 336.75

(trescientos treinta y seis pesos 75/100 MN)

Pagos >> Efectivo: 400.00
 Cambio: 63.25

Documento sin Efectos Fiscales

No se aceptan devoluciones en antibióticos, promociones,
 cheques, transferencias y tickets facturados. Para pagos
 con tarjeta la devolución aplica el mismo día y a la misma
 tarjeta. En efectivo y CoDi dentro de los 4 días
 posteriores y dentro del mismo mes calendario.

Si requiere factura, favor de solicitarla al momento de efectuar
 su compra en esta farmacia

Referencia de Facturación: 0021102311005
 Facturación en línea
www.farmaciasdesimilares.com
 Bajas y Sugerecias SIMITEL 800 911 6666



2311005000017