



Municipio de Chihuahua

RECIBO No. _____
FECHA: 23-10-24

Recibí del Municipio de Chihuahua la cantidad de: \$ 1,000

Como Apoyo para: Solventar gastos derivados de su condición
medica "reseccion de quiste astico".

Nombre: Vicente Marquez Gutierrez

Dirección: _____

Teléfono: _____

INE: _____

Anexos: Constancia medica

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA
[Firma]

"2024, Año de Felipe Carrillo Puerto, Benemérito del Proletariado, Revolucionario y Defensor del Mayab".
"2024, Año del Bicentenario de la Fundación del Estado de Chihuahua".

Despacho Presidencia Municipal

Av. Independencia No. 209 Col. Centro CP 31000, Chihuahua, Chih.
Conmutador 072 Ext. 5802 Tel. (614) 200 48 00 | municipiochihuahua.gob.mx