

DIA

MES

AÑO

17

10

21

POR LPS.

7,000.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de: Mil Lempiras Exactos Lempiras

Por concepto de: Ayuda Social por Salud: Para Analisis medicos especializados y compra de medicamentos

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

*Berta delia Contreras
Firma Autorizada



República de Honduras
ALCALDIA MUNICIPAL DE CARIDAD
 Departamento de Valle
 "Tierra De Agricultores y Cuna De Pintores"
 R.T.N. 17059995437725



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Berta Alicia Contreras Romero

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1992-00028

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Concepto de Salud. Para analisis medicos Especializados y Compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras Exactos

FECHA: 17/10/22

* Berta Alicia Contreras
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1992-00028
N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE Francisco Ruiz **TESORERO**

