UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC
Organismo Público Descentralizado del Estado de Puebla

FOLIO:

COMPROBANTE DE PAGO DE CLÍNICA DE TERAPIA FÍSICA **FECHA:**

Nombre: _____

Concepto: Valoración ☐ Costo ($50) 5 Sesiones ☐ Costo ($170) 10 Sesiones ☐ Costo ($350)

Total: _____
Importe con letra

Forma de pago: Efectivo [X]
Comprobante fiscal: SÍ [ ] NO [X]

_____ Firma _____ Sello

Caja

Código: R-VIN-06-06 Versión: 01 Página 1 de 1

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC
Organismo Público Descentralizado del Estado de Puebla

FOLIO:

COMPROBANTE DE PAGO DE CLÍNICA DE TERAPIA FÍSICA **FECHA:**

Nombre: _____

Concepto: Valoración ☐ Costo ($50) 5 Sesiones ☐ Costo ($170) 10 Sesiones ☐ Costo ($350)

Total: _____
Importe con letra

Forma de pago: Efectivo [X]
Comprobante fiscal: SÍ [ ] NO [X]

_____ Firma _____ Sello

Clínica

Código: R-VIN-06-06 Versión: 01 Página 1 de 1

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC
Organismo Público Descentralizado del Estado de Puebla

FOLIO:

COMPROBANTE DE PAGO DE CLÍNICA DE TERAPIA FÍSICA **FECHA:**

Nombre: _____

Concepto: Valoración ☐ Costo ($50) 5 Sesiones ☐ Costo ($170) 10 Sesiones ☐ Costo ($350)

Total: _____
Importe con letra

Forma de pago: Efectivo [X]
Comprobante fiscal: SÍ [ ] NO [X]

_____ Firma _____ Sello

Paciente

Código: R-VIN-06-06 Versión: 01 Página 1 de 1