



**MUNICIPIO DE APAN, HIDALGO
ADMINISTRACION 2020-2024**

NÚMERO DE FOLIO: 0265

FECHA: _____

HOJA DE SERVICIO MÉDICO

Recibí atención Médica a mi entera satisfacción según nota y receta médica anexa, de fecha _____ 2021. Ya que pertenezco a la plantilla del personal al Servicio del Municipio de Apan Hidalgo.

TRABAJADOR:

FAMILIAR:

ESPOSA (O):

HIJO (A):

ÁREA: _____

SINDICALIZADO:

CONFIANZA:

EVENTUAL:

INCAPACIDAD: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: _____

DIAGNOSTICO: _____

FIRMA DEL INTERESADO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

LIC. ERIKA GARCIA MUÑOZ
CONTRALOR MUNICIPAL

c.c.p.- Archivo

"Gobierno que crece con transparencia y gestión"