



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

U.A. _____

FECHA

--	--	--	--	--	--

COMPROBANTE DE EXENCIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
SELLO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

U.A. _____

FECHA

--	--	--	--	--	--

COMPROBANTE DE EXENCIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
SELLO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

U.A. _____

FECHA

--	--	--	--	--	--

COMPROBANTE DE EXENCIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
SELLO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

U.A. _____

FECHA

--	--	--	--	--	--

COMPROBANTE DE EXENCIÓN

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
SELLO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO

--	--	--	--	--	--

CLAVE DEL SERVICIO