

LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS
NIT. 800.014.405-2

CUENTA DE COBRO: 11

FECHA DE DE

DEBE A:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN CC NIT ☒ NUMERO

LA SUMA DE:

(LETRAS)

(NUMEROS) \$

DISCRIMINADOS ASÍ: PAGO MENSUAL: \$3.950.000 REPUESTOS: \$320.000

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.

OBJETO:

SUPERVISORA

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: Y

TELÉFONO

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA N°

ENTIDAD BANCARIA :

AHORROS ☒ CORRIENTE ☐

FIRMA CONTRATISTA