

Orden de pago n° 1615

**Orden de pago****Solicitante**

Nombre	Tipo_Perfil	ID del Empleado	Fecha
Olivia Vega	General	14	2025/12/22

**Servicio**

Cantidad	Descripción del servicio	Monto total
1	ATENCION MEDICA	\$816
<b>Total a pagar</b>		<b>\$816.00</b>

**Notas**

PAGAR DE CTA 7865 REF 20697 CLINICA LA PIEDAD

**Proveedor del servicio**

Nombre		
JUAN NOE RODRIGUEZ Y GIL		
Sobrenombre		
CLINICA LA PIEDAD		
Correo(s)		
estijaim@gmail.com.mx		
Telefono	Nombre del contacto	RFC
		ROGJ521110C18

**DATOS BANCARIOS DEL PROVEEDOR**

Banco:	Número de cuenta	Número de cuenta clabe
BBVA BANCOMER	0134229886	012685001342298869

Solicitante

Finanzas

Gerente general