

	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO	CODIGO	TP-ADM-F-002
		VERSION:	3
	AVISO DE PAGO		Pagina:

PARA :

ADOLFO ROJAS CASTRO

NRO.:

003-2021-AP-TP

ASUNTO :

SSS

Estado :

Aprobado

FECHA :

29/03/2021

Mediante la presente se solicita realizar el pago por concepto de:

DETALLE

ITEM	Fec.Inicio	Fec.Culmina	Cant.	DESCRIPCIÓN	LUGAR	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	IGV	TOTAL	N° DE COMPROBANTE	N°DE DOCUMENTO	OBSERVACIÓN
1	29/03/2021	29/03/2021	1.0	DESCRIPCION	DD	12212.00	1862.85	10349.15	12212.00	001	000	0000
2	29/03/2021	29/03/2021	1.0	DESCRIPCION	DDD	122.00	18.61	103.39	122.00	111	111	SSS
3	29/03/2021	29/03/2021	1.0	mik	liim	100.00	15.25	84.75	100.00	001	0020	000

DATOS DE LA CUENTA	
RAZON SOCIAL:	CLINICA DEL SUR S.A.C.
R.U.C/D.N.I:	
(CTA CTE/CTA DE AHORROS EN SOLES/DOLARES)	
BANCO:	
FORMA DE PAGO:	
TIEMPO DE CRÉDITO:	
FECHA DE VENCIMIENTO:	
DATOS DE LA DETRACCION	
BANCO:	
CTA CTE EN SOLES:	
MONTO:	

Elaborado por:

Autorizado por:

Recibido por:

Cargo

Gerencia Administrativa/ Administración

Área de Finanzas

Nombre:

Nombre:

Nombre: