Modificatorio:

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor (es): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nit / CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CDP-

COM-

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Destino:

Fecha Inicio: Fecha Terminación:

|  |  |
| --- | --- |
| Concepto y Características | Valor Total |
|  |  |
| TOTAL $: |  |

Son: **Valor en letras M/CTE**

Supervisor Designado:

Dependencia:

Para dar trámite correspondiente y efectuar el pago de la factura, se debe dar cumplimiento a lo establecido en la Ordenanza 053 del 24 de diciembre de 2003, en la que se establece el pago de la Estampilla Hospital Erasmo Meoz.