

	GESTIÓN FINANCIERA	Código: FIN-01-P-01-F-02 Versión: 01
	FORMATO DEVOLUCIÓN DE CUENTAS PRESUPUESTO	Fecha: 11/08/2022

DEVOLUCIÓN CUENTAS : FARMACIA

FECHA :22 DE JUNIO DE 2023

No.	No. CONTRATO	NOMBRE	PERIODO PAGO	MOTIVO DE DEVOLUCION	SUPERVISOR
1	485	CESION DE CONTRATO RAMEDICAS SAS	-----	MAL EL NOMBRE DEL CONTRATISTA COLOCAN UL TRAMED SAS SIENDO EL CORRECTO UNION TEMPORAL RAMED 2023 . DEBEN ENUNCIAR EN EL CERTIFICADO DE EBTRAGA DE BIENES Y/O CERTIFICACION DE SERVICIOS LAS MODIFICACION Y ADICION QUE TIENE EL CONTRATO Y DEBE ANEXAR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DROGUERIA

RECIBE :

\_\_\_\_\_

FECHA:

\_\_\_\_\_