



GESTIÓN FINANCIERA

Código: FIN-01-P-01-F-02  
Versión: 01

FORMATO DEVOLUCIÓN DE CUENTAS PRESUPUESTO

Fecha: 11/08/2022

DEVOLUCIÓN CUENTAS : OFICINA FARMACIA

FECHA : 16 DE ABRIL DE 2024

No.	No. CONTRATO	NOMBRE	PERIODO PAGO	MOTIVO DE DEVOLUCION	SUPERVISOR
1	053M-2024	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MÉDICAMENTOS DISCOLMEDICA SAS	----	MAL CERTIFICADO DE ENTREGA DE BIENES Y/O CERTIFICACION DE SERVICIOS : FALTA ENUNCIAR LOS DATOS DE LA ADICION No. 01 Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DROGUERIA

RECIBE :

\_\_\_\_\_

FECHA:

\_\_\_\_\_