

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

**DEVOLUCIÓN CUENTAS : OFICINA SUBGERENCIA ATENCION EN SALUD**

**FECHA : 09 DE OCTUBRE DE 2024**

No.	No. CONTRATO	NOMBRE	PERIODO PAGO	MOTIVO DE DEVOLUCION	SUPERVISOR
1	010M	OXINORTE GASES MEDICAL SAS	DEL 02 SEPTIEMBRE AL 01 OCTUBRE 2024	MAL CERTIFICADO DE ENTREGA DE BIENES Y/O CERTIFICACION DE SERVICIOS , FALTA ENUNCIAR EL NUMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y FECHA DE LA ADICION No. 01	SUBGERENTE ATENCION EN SALUD (C)

**RECIBE :**  
\_\_\_\_\_

**FECHA:**  
\_\_\_\_\_