


PAGO DE PROVEEDORES : DETALLE DEL CONTENIDO

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| DOI | RUC - 20512609458 |
| Tipo de Abono | ABONO EN CUENTA |
| Nro. de cuenta de abono | 0011-0360-02-00205381 |
| Banco | |
| Titular(Archivo) | SALUD LABORIS |
| Titular(Banco) | SALUS LABORIS SAC |
| Importe a abonar | 343.38 SOLES |
| Tipo de documento | FACTURA |
| Número de documento | OR17C |
| Abono agrupado | NO |
| Referencia del pago | EXAMENES MEDICOS CHICLAYO |
| Indicador de aviso | E-MAIL |
| e-mail | CONSORCIOPROREDESDELPERU@GMAIL.COM |
| Persona de Contacto | LILIAN RAMIREZ |

 ABONO CORRECTO