Lugar, DD- MM-AAAA

**CUENTA DE COBRO**

**N°xxx**

**EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA -**

**NIT. 890501019**

**DEBE A:**

**Nombre apellidos**

C.C. N°

**LA SUMA DE:** xxxxxxxxxxxxx *($00.000.000)*

**POR CONCEPTO DE:** *xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. .*

*Firma del cobrador*

**Nombre Apellidos**

**C.C. N° xxxxx**

**TP N° xxxxxx**