

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
UNIDAD DE CONTROL DE PAGOS

Número de Solicitud		
Sigla	Consecutivo	Año

SOLICITUD DE PAGO

Fecha (dd/mm/aaaa):	
Unidad:	
Teléfono de la Unidad:	

Me permito solicitar el siguiente pago por concepto de: _____ Moneda: _____

Orden de Servicio: Número: _____ Monto a cancelar: _____

Cantidad de Facturas: _____

Número de Facturas:

--

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____

Número de Cédula: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

(Adjuntar Certificación Bancaria de la cuenta, con excepción del BCR y BNCR)

Entidad Bancaria: _____

Liquidar Remanente: Si No

Firma de Director

Sello Unidad