



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
CENTRO DE SALUD - B EL ÁNGEL

**Doctor.**  
**Fernando Patiño Muñoz**  
**DIRECTOR MEDICO DEL CENTRO DE**  
**SALUD - B EL ÁNGEL**

*De mi consideración.*

*Por medio del presente me permito poner en su conocimiento los datos requeridos y solicitados para presentación del informe de rendición de Cuentas correspondiente al año 2018.*

VALORES DE FACTURACIÓN C. S. B. EL ÁNGEL AÑO 2018

ENERO	61366.05
FEBRERO	37216.99
MARZO	57400.15
ABRIL	58238.05
MAYO	65126.35
JUNIO	62568.29
JULIO	42680.04
AGOSTO	43840.92
SEPTIEMBRE	41773.12
OCTUBRE	55466.43
NOVIEMBRE	37052.43
DICIEMBRE	41179.59
<b>TOTAL</b>	<b>603908.41</b>

*Particular que pongo en su conocimiento, para los fines pertinentes.*

Atentamente,

CENTRO DE SALUD B - EL ANGEL



SR. PABLO SALAZAR JUSTICIA  
AUXILIAR CONTABLE / C.C. 0491027917

**Pablo Salazar Justicia**  
**Aux. CONTABLE DEL CENTRO DE**  
**SALUD - B EL ÁNGEL**

