



GOBIERNO  
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNO

HOSPITAL REGIONAL  
"MNB" DE PUNO

UNIDAD DE  
ABASTECIMIENTOS

## CARTA AUTORIZACIÓN CCI

(Para el pago con abonos en la cuenta bancaria del proveedor)

Puno, .... de .....del 202...

**Señores**

Unidad de Abastecimiento

Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno.

Presente. -

Asunto: **Autorización para el pago con abonos en cuenta.**

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa y/o persona natural a la cual represento es el (.....), y siendo el titular ..... con DNI N ° .....

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el **Banco**.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, boleta y/o Recibo por Honorarios a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

*Nota: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC*