



© 1998 One Distribuidor Exclusivo
Caja Costarricense de Seguro Social

No. _____

DIA	MES	AÑO

Por L.

3.900 00

Recibí de: Aguas del Valle

La Cantidad de: Tres mil Novecientos

Lempiras

Por Cuenta de: Pension de Alimentos del Sueldo

Sr. Juan Pablo Avila paz

Sal. Ant. _____

Abono _____

Saldo _____

Mes de Mayo 2017

[Signature]

FIRMA