

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No. #NUMEROCONTRATO
FECHA DE PERFECCIONAMIENTO: #FECHAPERFECCIONAMIENTO
ACTA DE PAGO No. ##

CONTRATISTA: **Danny Stiveens Aguilar**

IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA: 1090492324

NIT: 1090492324-1

OBJETO: #OBJETOCONTRATO

LUGAR: #LUGAR

VALOR A PAGAR: #VALOR

PERIODO DE PAGO: #PERIODOPAGO

En mi condición de SUPERVISOR de la OPS, una vez recibida la certificación de legalidad en el pago de aportes de salud-pensión y cumplimiento de actividades por parte del contratista y los documentos necesarios para tramitar el pago, me permito remitir la cuenta para los efectos correspondientes.

Se expide en San José de Cúcuta, el día #FECHACUENTA

#SUPERVISOR
Supervisor de contrato

Elaboró: Sistemas de cuentas E.S.E IMSALUD

Av. Libertadores No. 0-124 Barrio Blanco, San José de Cúcuta Norte de Santander-Colombia, Teléfono (7) 5784980 <http://www.imsalud.gov.co>