

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS No.
FECHA DE PERFECCIONAMIENTO:
ACTA DE PAGO No. 1/

CONTRATISTA: **pruebas2 pruebas2 pruebas2 pruebas2**
IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA: 887779

NIT: 887779-1

OBJETO:

LUGAR: pruebas2

VALOR A PAGAR: 1

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 de contrato

Elaboró: Sistemas de cuentas E.S.E IMSALUD con id#

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